

Aus der Hautklinik
der Johannes Gutenberg-Universität
(Direktor: Prof. Dr. G. W. Korting)

**Dokumentationsstatistische Untersuchungen
an Hand des Krankenblattarchivs
der Universitäts-Hautklinik Mainz
von 1966 – 1969**

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz,
den medizinischen Fachbereichen

vorgelegt von
Marita Antweiler
Spabrücken

Mainz 1973

Aus der Hautklinik der Johannes Gutenberg - Universität
(Direktor: Prof.Dr.G.W.Korting)

Dokumentationsstatistische Untersuchungen an Hand des
Krankenblattarchivs der Universitäts - Hautklinik Mainz
von 1966 - 1969

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der Medizin
der Johannes Gutenberg - Universität Mainz,
den medizinischen Fachbereichen

vorgelegt von

Marita Antweiler

Spabrücken

Mainz 1973



Fachbereichsdekan: Prof.Dr.J.Fischer

Referent: Prof.Dr.G.Brehm

Korreferent: Prof.Dr.G.W.Korting

Herrn Prof.Dr.Brehm danke ich für die Überlassung des
Themas und die Unterstützung bei der Durchführung und
der Zusammenstellung der Arbeit. Mein Dank gilt auch
Herrn Prof.Dr.Fassl für seine Anregungen und seine Hilfe.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	Seite 1
Eigene Untersuchungen	
Methodik	Seite 2
Statistische Untersuchungsergebnisse aus dem Krankenblatt	Seite 4
1. Zahl der Behandlungsfälle	Seite 4
2. Altersverteilung der Patienten	Seite 5
3. Häufigkeit der Fälle und Diagnosen	Seite 11
4. Sterbefälle	Seite 11
5. Aufnahmeart	Seite 12
6. Aufnahmeanlaß	Seite 13
7. Verweildauer	Seite 14
8. Konsiliarische Untersuchungen	Seite 22
9. Therapeutische Maßnahmen	Seite 24
10. Risikopatienten	Seite 26
11. Begleitkrankheiten	Seite 28
Besprechung der Krankheitsfälle nach Diagnosen und Literaturergebnisse	Seite 29
Zusammenfassung	Seite 79
Literatur	Seite 81

Einleitung

In der vorliegenden Arbeit soll über das stationäre Patientengut der Universitäts-Hautklinik in Mainz sowie über die "ärztlichen Aktivitäten" dieser Klinik berichtet werden. Die Untersuchung umfaßt den Zeitraum vom 1. März 1966 bis 31. Dezember 1969. Während dieser Zeit wurden 4439 Patienten registriert, die 6338 mal behandelt wurden und 6168 Diagnosen erhielten. Die 4439 Krankenblätter wurden durchforscht bezüglich der Diagnosenhäufigkeit, der Alters- und Geschlechtsverteilung, der Aufnahmeart und des Aufnahmeanlasses, der Verweildauer in Abhängigkeit vom Alter und der Kassenmitgliedschaft, der Art und Häufigkeit therapeutischer Maßnahmen sowie der konsiliarischen Untersuchungen. Außerdem wurden die am häufigsten vorkommenden Begleitkrankheiten festgestellt, die Risikopatienten und schließlich die Sterbefälle ermittelt. Eine Zusammenfassung in diesem Umfang existiert bis jetzt nicht. Bei Beginn dieser Arbeit ist im Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation in Mainz erst der Anfang einer Basisdokumentation für die Hautklinik gemacht worden, während sie für andere Fachrichtungen schon vorlag. Hinzu kommt, daß die Verteilung der verschiedenen Hautkrankheiten in verschiedenen Weltteilen, ja selbst in verschiedenen Ländern Europas wenig bearbeitet worden ist. Selbst in den einzelnen Landesteilen variiert die Verteilung (Hernig). Die vorhandene Literatur bearbeitet nur einzelne Diagnosengruppen. Ein Teil fällt in die Jahre vor und nach dem ersten Weltkrieg.

Eigene Untersuchungen

Methodik

Zu analysieren waren 4439 Krankenblätter von Patienten, die ab 1. März 1966 bis 31. Dezember 1969 stationär aufgenommen und registriert wurden. Grundlage der Analyse waren:

1. die Angaben auf dem allgemeinen Krankenblattkopf der Klinik zur Person des Patienten
2. die von dem Stationsarzt nach der Entlassung des Patienten in das Krankenblatt eingetragenen Diagnosen und Nebendiagnosen.
Hinzu kommen "Ergänzende Angaben zu jeder Diagnose", nämlich: ob die Krankheit bei der Aufnahme bestand, ob sie als Komplikation (interkurrent) im Krankenhaus aufgetreten ist, ob die Krankheit die Verweildauer beeinflußt hat und schließlich Angaben über den Ausgang der Krankheit.
3. die Angaben über Aufnahmeart und Aufnahmeanlaß
4. konsiliarische Untersuchungen und Behandlung
5. "Wichtige Feststellungen für künftige Behandlungen", d.h. Informationen, die bei späteren Behandlungen von Bedeutung sind, z.B. Allergie, Diabetes mellitus, Epilepsie (sog. Risikofaktoren).

Die für die statistische Dokumentation wichtigsten Angaben wurden auf dem Krankenblatt im Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation codiert.

Von den Angaben auf dem allgemeinen Krankenblattkopf wurden die Aufnahmenummer und der Jahrgang übernommen. Alle Angaben über die Person des Aufgenommenen, Geschlecht, Geburtsdatum, Geburtsname, Angaben bezüglich Mehrlingsgeburt wurden in der Identifikationszahl (I-Zahl) verschlüsselt. Diese I-Zahl ist von besonderer Wichtigkeit, da das Krankenblatt-Archivmaterial in Mainz nach ihr abgelegt ist.

Allen Angaben im Diagnosenfeld wird eine 5-stellige Zahl zugeordnet.

Die ersten drei Ziffern stellen die Diagnose dar. Diese Schlüsselzahl wurde in der "International Classification of Diseases and Causes of Death" (ICD) 8. Revision, dem Diagnoseschlüssel der WHO, festgelegt (z.B. 696 Psoriasis). Die beiden letzten Stellen bedeuten nach Immich eine ergänzende Spezifikation der Diagnose (ICD/E) z.B.

696 13 Psoriasis vulgaris.

Zusätzlich wurden folgende Informationen je Diagnose erfaßt: Ausgang der Krankheit, Heilung oder Besserung, unverändert oder verschlechtert, bei Todesfall die Ziffer "7" als Haupttodesursache.

Steht an 4. Stelle ein Buchstabe, z.B. "A", dann bedeutet das A ein Rezidiv wie 708A3 chronisch rezidivierende Urticaria. Der Buchstabe "K" an 6. Stelle heißt Komplikation.

Ferner wurden klassifiziert: Haupt- und Nebendiagnosen, Aufnahmeart und Aufnahmeanlaß, konsiliarische Untersuchungen und die Behandlung. Die verschlüsselten Krankenblätter wurden auf Lochkarten gelocht und in verschlüsselter Listen- und Tabellenform ausgewertet.

Um Vergleiche innerhalb der Diagnosen, der Alters- und Geschlechtsverteilung etc. zu erleichtern, wurde das Datenmaterial in dieser Arbeit tabellarisch aufgegliedert und nach Möglichkeit graphisch dargestellt.

Statistische Untersuchungsergebnisse aus dem Krankenblatt

1. Zahl der Behandlungsfälle (Tab. 1)

Die nachfolgende Tabelle umfaßt die Jahre 1966-1969, und zwar vom 1. März 1966 bis 31. Dezember 1969. In diesem Zeitraum wurden 4439 Patienten in der Mainzer Hautklinik als stationäre Patienten registriert. Die Mehrzahl davon waren Männer, nämlich 2440=55 %. Die Zahl der Frauen betrug 1999=45 %. Während die Zahl der Männer in jedem Jahr kontinuierlich anstieg, ist bei den Frauen eine Abnahme zu verzeichnen. Für das Überwiegen der männlichen Patienten gibt es vier Gründe: 1. hat die Mainzer Hautklinik mehr Männer- als Frauenbetten; 2. handelt es sich um Krankheiten, für die Männer anfälliger sind wie z.B. Psoriasis vulgaris (S.30), Ekzeme (Berufsekzeme S.32), Pyodermien (S.39), Mykosen (S.52), Akne vulgaris (S.61); 3. sind Geschlechtskrankheiten häufiger eingewiesen bei Männern als bei Frauen; 4. werden die nicht venerischen Genitalerkrankungen und Fertilitätsstörungen der Männer größtenteils in der Hautklinik behandelt, die der Frauen in der Frauenklinik.

	1966	1967	1968	1969	Summe
Männer	438= 52 %	660= 55 %	659= 55 %	683= 56 %	2240= 55 %
Frauen	392= 48 %	543= 45 %	534= 45 %	530= 44 %	1999= 45 %
Insgesamt	830= 100%	1203= 100%	1193= 100%	1213= 100%	4439= 100%

Tabelle 1 Zahl der Patienten (Behandlungsfälle)

Einen Überblick über die Bettenbelegungsfrequenz vermittelt die folgende Zusammenstellung (nach Angaben der Verwaltung):

Jahr	Pflegetage	Belegte Betten im Durchschnitt	Ausnutzung in Prozent	+ Verweil- dauer im Durchschnitt
1966	30 328	83	83,1	26,7 Tage
1967	30 886	84	84,5	25,8 "
1968	31 929	87	87,5	26,7 "
1969	31 688	86	83,5	25,8 "

Abb. 1 Bettenbelegungsfrequenz

+ Die Formel lautet: $\bar{x} = \frac{\text{Pflegetage} \times 2}{\text{Zu- und Abgänge}}$

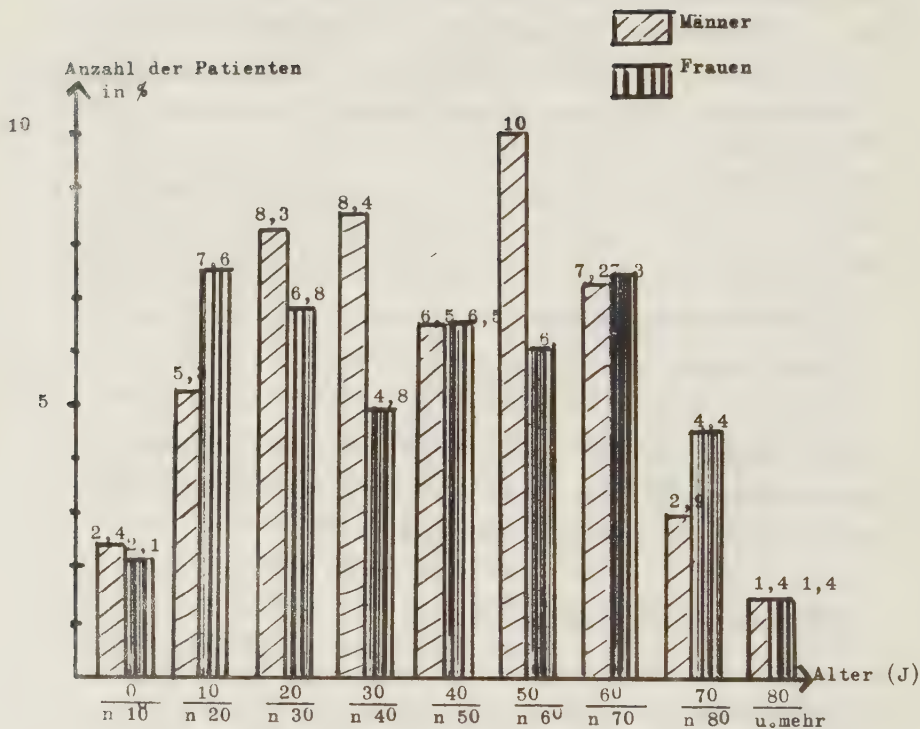
Die zur Verfügung stehenden Betten betrugen 1966 – 1968 je 100, davon 37 Frauenbetten und 47 Männerbetten, 12 Privatbetten und 4 Kinderbetten. 1969 kamen noch je 2 Frauen- und Männerbetten hinzu.

2. Altersverteilung der Patienten (Tab. 2-6)

Die altersmäßige Verteilung des Patientengutes wurde, den vier Jahrgängen entsprechend, in vier Diagrammen dargestellt. Die Ordinate gibt den prozentualen Anteil der Patienten an, die Abszisse das Alter. Die Häufigkeit weist in den verschiedenen Jahren ziemliche Unterschiede auf.

Im Jahre 1966 erreichten die männlichen Patienten zwischen 50 und 60 Jahren den Höchststand, nämlich 85=10 %, dann folgen die Jahrgänge zwischen 20 und 40 Jahren mit 69=8,3 % bzw. 70=8,4 %. Der erste Gipfel-punkt wird hauptsächlich hervorgerufen durch arterielle und venöse Durchblutungsstörungen und maligne Tumoren, der zweite durch Mykosen, Ekzeme, besonders das endogene Ekzem.

Bei den Frauen werden die Höchstzahlen von den 10–20 jährigen gestellt, die meistens eine Akne vulgaris hatten. Ihre Zahl machte 63 aus =7,6 %, gefolgt von den 60–70 jährigen, nämlich 61=7,35 %. Hier waren die Haupt-krankheitsbilder arterielle und venöse Durchblutungsstörungen, Spinaliome und Basaliome.

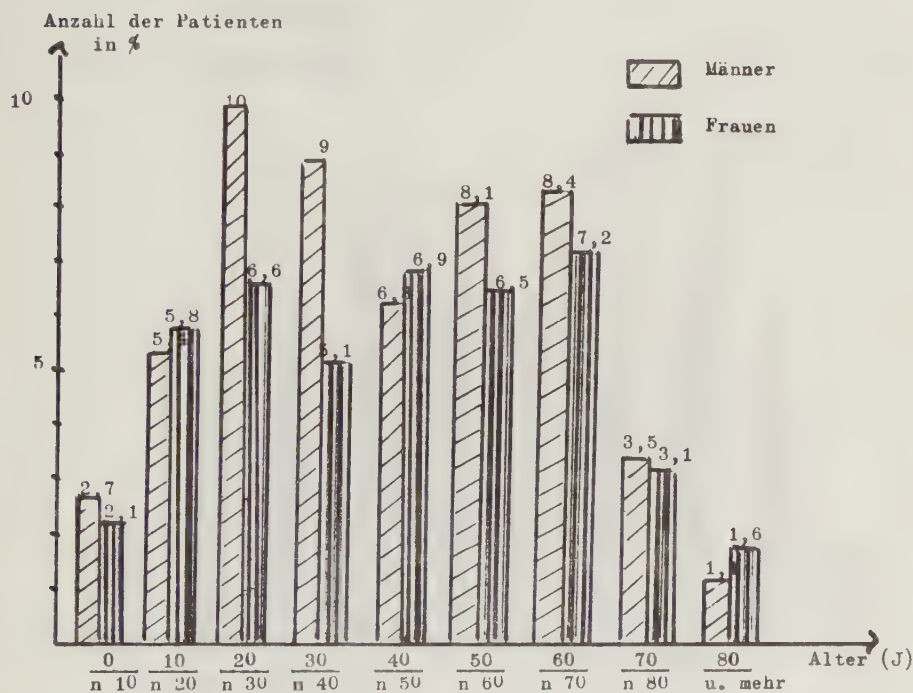


Tab. 2 Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten, die von März-Dezember 1966 in der Univ.-Hautklinik stationär aufgenommen wurden

Im Jahre 1967 liegen die 20-30jährigen männlichen Patienten an der Spitze mit $122=10\%$. Die am häufigsten auftretenden Krankheiten waren: Frühstadium der Lues, Gonorrhoe, Prostatitis, Hydrozelen, Phimosen, Ekzeme, Akne vulgaris und Urticaria. Einen zweiten Gipfelpunkt erreichen die Jahrgänge zwischen 30 und 40 mit $108=9\%$ und zwischen 50 und 70, nämlich $98=8,1\%$ bzw. $101=8,4\%$.

Bei den Frauen überwiegen diesmal – im Gegensatz zu 1966 – die älteren

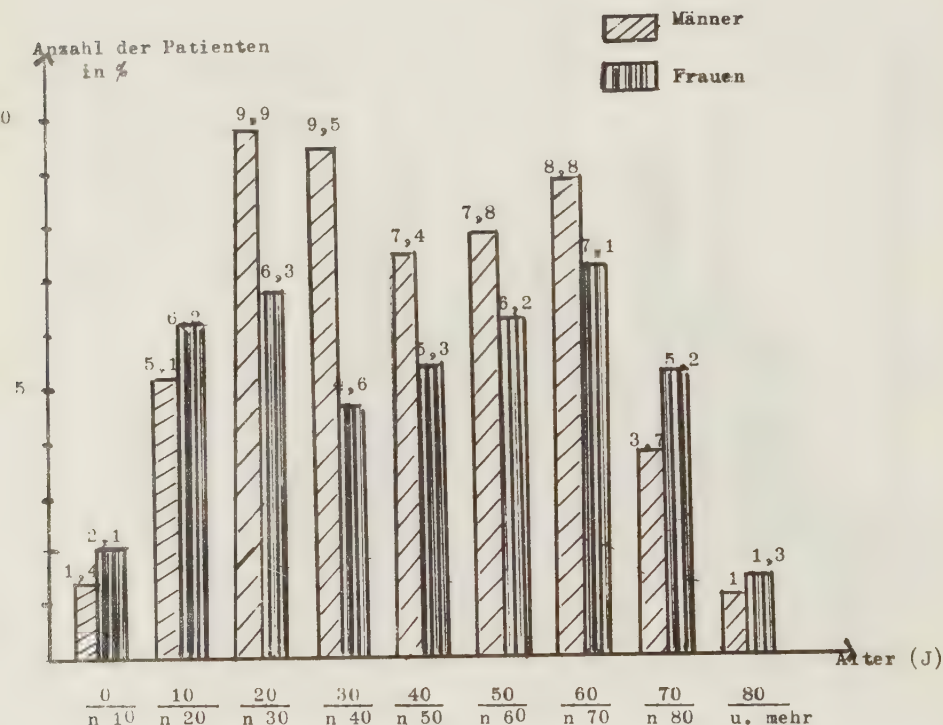
Jahrgänge, und zwar die Jahrgänge zwischen 60 und 70 mit $87=7,2\%$. Die 40-50jährigen kommen ihnen nahe mit $83=6,9\%$, es folgen die 20-30jährigen mit $80=6,6\%$.



Tab. 3 Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten, die 1967 in der Univ.-Hautklinik stationär aufgenommen wurden

Ein ähnliches Diagramm weist das Jahr 1968 auf. Auch hier haben die 20-30jährigen männlichen Patienten das Übergewicht mit $119=9,9\%$. Ungefähr gleich hoch ist die Zahl der Jahrgänge zwischen 30 und 40 mit $114=9,5\%$ und zwischen 60 und 70 mit $105=8,8\%$. Fast gleich mit dem Vorjahr ist die Anzahl der 60-70jährigen Frauen,

nämlich 85=7,1 %. Es schließen sich an die Jahrgänge der 10-20, 20-30 und der 50-60 jährigen mit fast der gleichen Patientenzahl, nämlich 74=6,2 %, 76=6,3 und 74=6,2 %.

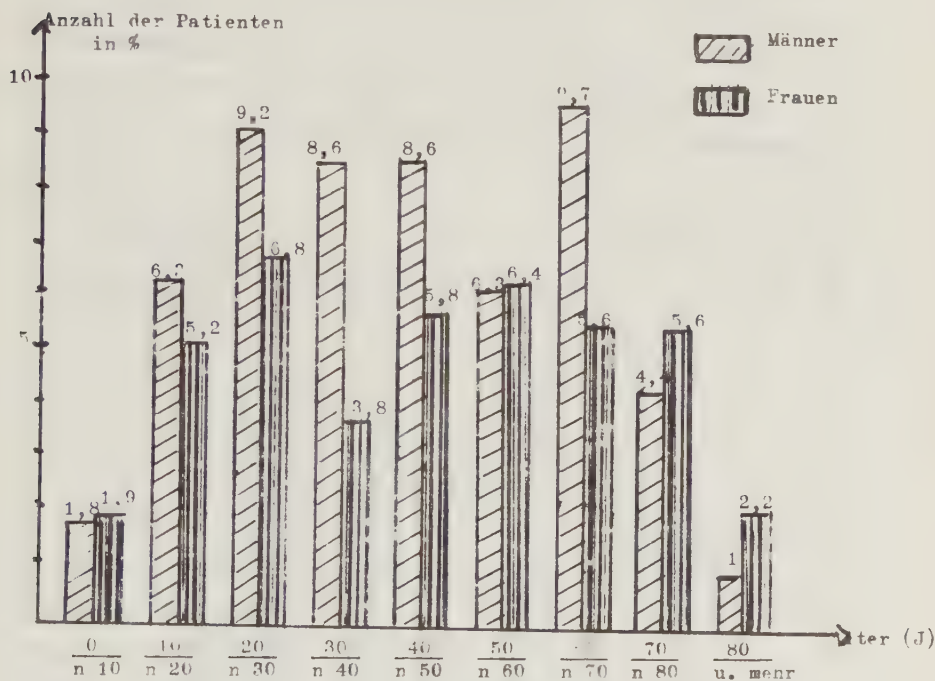


Tab. 4 Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten, die 1968 in der Univ.-Hautklinik stationär aufgenommen wurden

Das Maximum der männlichen Patienten im Jahre 1969 erreichen die 60-70 jährigen mit 118=9,7 %. Die Jahrgänge zwischen 20 und 30, die in den beiden Vorjahren den Gipfelpunkt bildeten, treten in diesem Jahr mit 112=9,2 % an die 2. Stelle. Die 30-40 und die 40-50 jährigen stellen

mit je 105=8,6 % die gleiche Anzahl der Patienten dar.

Mit 83=6,8 % liegen die 20-30 jährigen Frauen an der Spitze, gefolgt von den 50-60 jährigen mit 78=5,4 %, den 40-50 jährigen mit 71=5,2 % und den 60-80 jährigen mit je 69=5,6 %.



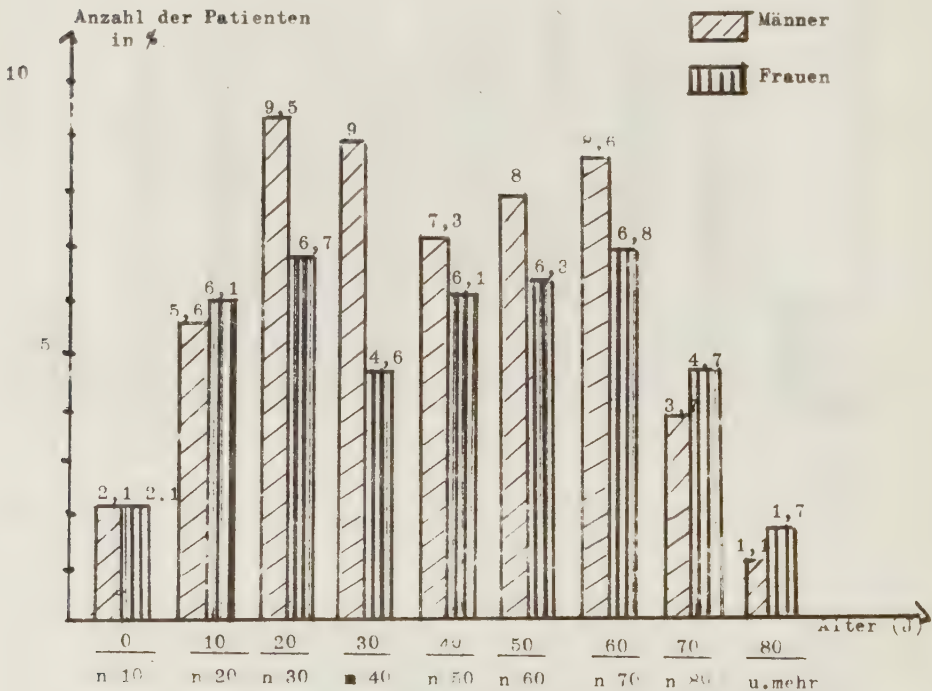
Tab. 5 Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten, die 1969 in der Univ.-Hautklinik stationär aufgenommen wurden

Ein die vier Jahre zusammenfassendes Diagramm zeigt, daß bei den männlichen Patienten ein Gipfel von den 20-30 jährigen erreicht wird und zwar sind die am zahlreichsten auftretenden Krankheiten, wie bereits vorne erwähnt: Frühstadium der Lues, Gonorrhoe, Prostatitis, Hydrozelen, Phimosen, Ekzeme, Akne vulgaris und Urticaria.

Bei den Frauen liegt der Gipfel zwischen 60 und 70 Jahren, dabei sind

die hauptsächlichsten Diagnosen: Spinaliome, Basaliome, arterielle und venöse Durchblutungsstörungen.

Während die Kurve von 0–20 Jahren sowohl bei den Männern als bei den Frauen steil ansteigt, fällt sie bei den 70–80jährigen Männern und Frauen ebenso steil wieder ab. Begründung: Kinder werden bis zum 14. Lebensjahr meist in der Kinderklinik behandelt und jenseits des 70. Lebensjahres sind weniger Patienten vorhanden. Auffallend an dem Kurvenbild ist die niedrige Anzahl der 50–60jährigen. Hier macht sich der Geburtenverlust des 1. Weltkrieges bemerkbar.



Tab. 6 Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten, die von 1966 (März–Dez.) bis 1969 in der Univ.-Hautklinik stationär aufgenommen wurden

3. Häufigkeit der Fälle und Diagnosen

Die Verteilung der Fälle und die Häufigkeit der Diagnosen ist aus nachfolgender Zusammenstellung ersichtlich:

	1966	1967	1968	1969	Summe
Behandlungsfälle	1218	1691	1673	1756	6338
Diagnosen	1195	1643	1618	1712	6168
Diagnose pro Fall	1,02	1,04	1,03	1,03	1,03

Beim Vergleich der Diagnosen mit dem Aufnahmemonat ist auffallend, daß bestimmte Krankheiten zu bestimmten Jahreszeiten gehäuft vorkommen, z.B. Psoriasis vulgaris im Winter, Gonorrhoe von Mai bis September, Lues von April bis Oktober, Tinea pedum, Impetigo contagiosa und Ekzema solare in den Sommermonaten.

4. Sterbefälle

Es kamen auf 4439 behandelte Patienten folgende Sterbefälle:

1966: 8 = 1 %

1967: 11 = 1 %

1968: 11 = 1 %

1969: 12 = 1 %

Es handelte sich um 24 Frauen und 18 Männer. Die Mehrzahl der Verstorbenen war über 70 Jahre alt.

Als Todesursache war meistens eine Herz- Kreislauferkomplikation oder Embolie angegeben bei Basaliomen, Melanomen, Spinaliomen, Pemphigus, Mykosis fungoides, progressive Sklerodermie, Psoriasis vulgaris und Ulcus cruris varicosum als Grundkrankheit.

5. Aufnahmeart (Tab. 7)

	1966 März-Dez.	1967	1968	1969	Summe
Neuaufnahme	640=77%	932=77,4%	906=76%	942=77,6%	3419=77%
Wiederaufnahme bei gleicher Erkrankung	159=19,1%	231=19,2%	241=20,2%	221=18,2%	852=19,2%
Wiederaufnahme aus anderem Grund	6=0,72%	14=1,2%	9=0,7%	28=2,3%	57=1,3%
Verlegung aus an- derer Klinik des Klinikums	21=2,5%	19=1,6%	26=2,2%	19=1,6%	85=1,9%
Verlegung aus an- derem Krankenhaus	3=0,4%	2=0,2%	2=0,2%	1=0,1%	8=0,2%
Einstellungsunter- suchung	-	-	-	-	-
Konsiliarfall	-	-	-	-	-
keine Angabe	1=0,12%	5=0,4%	9=0,7%	3=0,2%	18=0,4%
zusammen	830=100%	1203=100%	1193=100%	1213=100%	4439=100%

Bei den 852=19,2 %, die wegen gleicher Erkrankung wiederaufgenommen werden mußten, handelte es sich vorwiegend um folgende Krankheitsbilder: Lupus vulgaris (14 Fälle), Mycosis fungoides (9 Fälle), arterielle und venöse Durchblutungsstörungen (32 bzw. 97 Fälle), Psoriasis vulgaris (191 Fälle), Ekzeme (145 Fälle), Spinaliome (17 Fälle), Basaliome (26 Fälle), Melanome (31 Fälle), progressive Sklerodermie (26 Fälle).

6. Aufnahmeanlaß (Tab. 8)

Von den insgesamt 4439 Patienten, die in den 46 Monaten stationär behandelt wurden, war der Aufnahmeanlaß bei 75 % = 3329 Patienten Diagnostik und Therapie. Von 1966–1969 ist eine Steigerung von 19 % zu verzeichnen. Die große Anzahl ergibt sich aus dem Einzugsgebiet der Universitätsklinik, da die Bevölkerung dieses Gebietes die Klinik als ihr Krankenhaus ansieht, in dem eine Diagnose gestellt und entsprechend behandelt wird, außerdem aus den Überweisungen oder Verlegungen komplizierter Fälle aus anderen Krankenhäusern oder Überweisungen von praktizierenden Ärzten.

In weitem Abstand folgen die Patienten, die nur zur Therapie aufgenommen wurden: entweder Überweisungen bei feststehender Diagnose oder Wiederaufnahmen bei gleicher Erkrankung.

Diagnostik, Teildiagnostik und wissenschaftliches Motiv war nur bei wenigen der Aufnahmeanlaß. Es kann nicht im voraus gesagt werden, auch läßt sich jetzt hinterher nicht mehr feststellen, bei welchen Krankheitsbildern nur Diagnostik oder Teildiagnostik notwendig erscheint. Zu denken ist allerdings an die Diagnosen, die nur mit Hilfe der einer Universitätsklinik zur Verfügung stehenden Diagnostik-Geräte und Methoden gestellt werden können.

Zur Vorbeugung und aus sonstigem Anlaß waren keine Aufnahmen registriert.

Einen Gesamtüberblick vermittelt die folgende Tabelle:

	1966 März-Dez.	1967	1968	1969	Summe
Diagnostik und Therapie	530=64%	873=72,5%	904=75,6%	1022=84%	3329=75%
Diagnostik allein	26=3,1%	29=2,4%	25=2,1%	35=3%	115=2,6%
Teildiagnostik + nur Therapie	4=0,5%	1=0,1%	1=0,1%	—	6=0,1%
Vorbeugung	—	—	—	—	—
Gutachten	22=2,6%	19=1,6%	36=3,1%	35=3%	112=2,5%
vorrangig wissenschaftl. Motiv	1=0,1%	—	1=0,1%	—	2=0,1%
sonst. Anlaß	—	—	—	—	—
keine Angabe	7=0,8%	8=0,7%	2=0,2%	3=0,2%	20=0,5%
zusammen	830=100%	1203=100%	1193=100%	1213=100%	4439=100%

7. Verweildauer der Patienten (Tab. 9)

	1966 März-Dez.	1967	1968	1969	Summe
1-3 Tage	31=3,7%	46=3,8%	67=5,5%	60=4,9%	204=4,6%
4-7 Tage	103=11,2%	159=12,2%	170=14,2%	147=12,1%	579=13,1%
8-14 Tage	198=24%	290=24%	241=20,2%	265=22%	994=22,4%
15-21 Tage	126=15,2%	273=22,7%	197=16,5%	191=15,7%	747=16,8%
22-28 Tage	112=14,5%	171=14%	148=12,6%	130=11,4%	530=11,9%
29-60 Tage	203=24,4%	240=20%	263=22%	324=26,8%	1030=23,2%
61 Tage u. mehr	57=6,9%	104=8,6%	107=9%	87=7,1%	355=8%
zusammen	830=100%	1203=100%	1193=100%	1213=100%	4439=100%

Insgesamt 23,2% der Patienten hatte eine Verweildauer zwischen 29 und 60 Tagen. Nur 1967 betrug die Verweildauer bei 24% der Patienten 8-14 Tage.

Nur 8 % der insgesamt 4439 Patienten hatte eine Verweildauer von 61 Tagen und darüber. Bei 4,6 % waren es nur 2-3 Tage.

Der Vergleich der von uns errechneten durchschnittlichen Verweildauer mit der von der Verwaltung angegebenen (S.5) zeigt keine wesentlichen Unterschiede:

<u>Jahr</u>	<u>unsere Daten</u>	<u>Verwaltungsdaten</u>
1966	26,3 Tage	26,7 Tage
1967	26,3 "	25,8 "
1968	27,7 "	26,7 "
1969	25,8 "	25,8 "

Die im Vergleich zu anderen Kliniken relativ hohe Verweildauer ist vor allem durch folgende Faktoren bedingt:

a) Diagnose und Verweildauer (Tab. 10)

Verweildauer in Tagen (Mittelwert)

	1966 März-Dez	1967	1968	1969	Gesamtmittel- wert
Psoriasis vulgaris	52	37	41	33	40,7
Patienten n =	86	124	130	135	475
Arterielle Durchblutungsstörungen	56	56	63	43	54,5
n =	16	28	33	22	99
Venöse Durchblutungsstörungen	43	52	58	32	46,6
n =	52	93	105	104	354
Vulgäres Ekzem	21	21	21	21	21
n =	76	95	102	87	360
Seborrhoisches Ekzem	24	27	22	28	25,2
n =	35	61	33	25	154
Endogenes Ekzem	22	28	23	24	21,7
n =	28	36	40	28	132
Basaliom	31	21	23	24	24,7
n =	16	35	39	39	129
Spinaliom	30	41	24	27	30,5
n =	21	32	10	18	81

Melanom	33	27	18	23	25,2
n =	19	26	22	28	95
Mykosen	25	24	27	25	25,2
n =	40	93	70	104	307
Pyodermien	19	23	23	26	22,7
n =	47	58	59	64	228
Sklerodermie	27	39	32	38	34
n =	11	15	19	16	61
=====					

Die längste Verweildauer ist bei arteriellen und venösen Durchblutungsstörungen festzustellen und zwar durchschnittlich 54,5 bzw. 46,6 Tage. Es folgen Psoriasis vulgaris mit 40,7 Tagen und die Sklerodermie mit 34 Tagen. Die kürzeste Verweildauer in dieser Liste weist das vulgäre Ekzem auf mit 21 Tagen, die in jedem Jahr konstant geblieben ist. Auch das endogene Ekzem hat mit 21,7 Tagen eine kurze Verweildauer, während das seborrhoische Ekzem einen durchschnittlichen Krankenhausaufenthalt von 25,2 Tagen nötig hat.

Eine kurze Verweildauer bis zu 14 Tagen haben alle Formen der Verrucae und der Naevi, Untersuchung und Behandlung der männlichen Sterilität, außerdem Rosacea erythematosa und papulosa und die Urticaria acuta.

b) Alter und Verweildauer (Tab. 11-14)

Die größte Zahl der über 29 Tage Verweilenden stellten im Jahre 1969 die 60-79 jährigen und die 20-29 jährigen mit folgenden Diagnosen: Mykosen, Endangitis obliterans, arterielle und venöse Durchblutungsstörungen, Psoriasis vulgaris, Ekzeme und Pyodermien. In den übrigen Jahren ergibt sich das gleiche Bild mit dem Unterschied, daß an Stelle der 60-79 jährigen das 5. Lebensjahrzehnt tritt.

Von denen, die mehr als 60 Tage stationär bleiben mußten, waren es hauptsächlich die 60-69 jährigen mit obengenannten Diagnosen, die die lange Verweildauer bedingten.

Tabellen 11-14 geben einen Überblick.

Alter in Jahren

$\begin{matrix} j \backslash i \\ i \end{matrix}$	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	Summe
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2-3	1	2	6	7	4	6	4	1	-	-	31
4-7	3	17	18	17	18	13	8	6	3	-	103
8-14	20	32	33	31	23	24	23	10	3	-	199
15-21	4	14	17	15	19	15	26	10	6	-	126
22-28	4	13	21	18	17	18	13	6	2	-	112
29-60	6	23	28	13	19	43	40	20	8	-	200
61-80	-	6	3	9	8	16	7	9	2	-	60
Summe	38	107	126	110	108	135	121	62	24	-	831
x_i	17	22	21	21	23	30	27	32	29	-	222

Tab. 11 Alter-Verweildauer 1966 (März-Dez.)

Alter in Jahren

$\begin{matrix} j \backslash i \\ i \end{matrix}$	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	Summe
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2-3	3	2	15	9	7	8	1	-	1	-	46
4-7	7	25	46	35	13	17	12	4	-	-	159
8-14	24	43	46	44	31	43	39	16	4	-	290
15-21	15	21	32	33	41	26	37	20	9	-	234
22-28	3	15	22	14	20	25	19	8	4	1	131
29-60	6	24	35	29	32	37	48	23	5	1	240
61-80	1	5	7	7	15	19	31	10	7	2	104
Summe	59	135	203	171	159	175	187	81	30	4	1204
x_i	16	20	19	19	25	26	31	30	33	52	271

Tab. 12 Alter-Verweildauer 1967

Alter in Jahren

$\begin{matrix} j \backslash i \\ i \end{matrix}$	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	Summe
1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	2
2-3	2	4	12	13	9	11	11	3	-	-	65
4-7	10	17	45	25	28	21	19	3	2	-	170
8-14	11	36	36	35	34	35	29	20	5	-	241
15-21	8	26	29	29	29	22	23	23	6	2	197
22-28	4	21	22	27	19	23	22	9	2	-	149
29-60	7	27	45	35	25	43	54	24	3	-	263
61-80	1	5	5	6	12	14	32	25	8	-	108
Summe	43	136	195	170	156	169	190	108	26	2	1195
$\bar{x}_i$	18	22	20	21	22	35	31	34	35	18	256

Tab. 13 Alter-Verweildauer 1968

Alter in Jahren

$\begin{matrix} j \backslash i \\ i \end{matrix}$	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	Summe
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
2-3	-	4	12	7	17	6	9	2	1	-	59
4-7	7	20	39	21	24	16	15	4	1	-	147
8-14	10	37	36	40	39	41	35	17	9	1	265
15-21	9	26	31	21	25	25	33	14	7	-	191
22-28	8	22	22	12	20	16	20	16	3	-	139
29-60	10	27	51	45	38	40	51	53	9	-	324
61-80	1	4	4	6	13	11	23	16	8	1	87
Summe	45	140	195	152	176	155	187	123	38	2	1213
$\bar{x}_i$	22	21	21	24	23	25	29	35	33	40	273

Tab. 14 Alter-Verweildauer 1969

Die durchschnittliche Verweildauer in den jeweiligen Altersklassen :

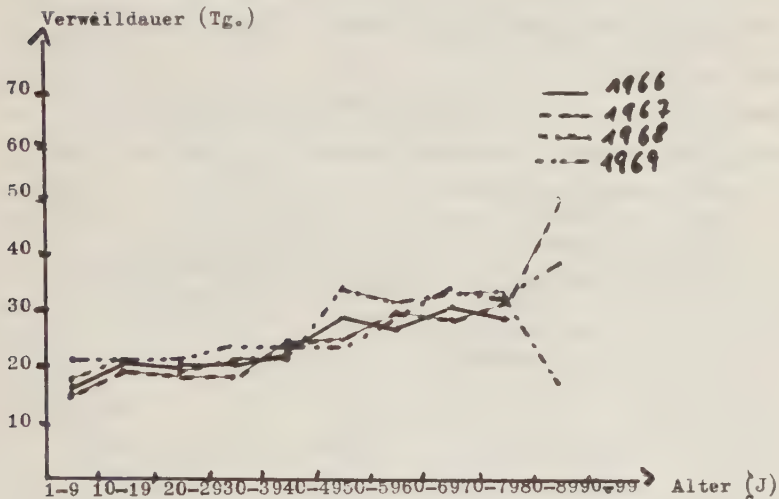
$$\bar{x}_i = \frac{n_{i1}x_{i1} + n_{i2}x_{i2} + \dots + n_{ik}x_{ik} + n_{ih}x_{ih}}{n_i}$$

berechnet.

$$i = 1$$

n_i = Patienten in Altersklasse i

x_y = Verweildauer in diesem Alter



Tab. 15 Durchschnittliche Verweildauer in Abhängigkeit vom Alter

Das Kurvenbild zeigt: mit dem Alter steigt die Verweildauer, z.B. beträgt sie in allen vier Jahren bei den 19-30 jährigen ungefähr 20 Tage, bei den 30-60 jährigen ungefähr 20-25 Tage, um bei den 70-80 jährigen auf 30-35 Tage anzusteigen.

Der jähe Anstieg bzw. Abfall der Kurve bei den über 90 jährigen ergibt sich aus dem kleinen Divisor = geringe Patientenzahl.

c) Kassenmitgliedschaft und Verweildauer (Tab. 16-20)

Ein Vergleich der Aufenthaltsdauer zwischen Kassenpatienten und Privatpatienten der Jahre 1966 - 1969 ergibt generell folgendes Bild: Kassenpatienten haben die längste Verweildauer. Bis zu einem Aufenthalt von 14 Tagen überwiegen die Privatpatienten und fallen dann stark ab. Dies erklärt sich aus dem höheren Pflegesatz und Arztkosten der Privatpatienten.

Sozialstruktur und intensive Mitarbeit bei der Behandlung sind sicherlich ebenfalls von Bedeutung, können jedoch in dieser Studie nicht objektiviert werden.

Es besteht zwischen Kassenpatienten und Privatpatienten kein Unterschied in den Diagnosen. Ein genauer Vergleich ist aus den nachfolgenden Tabellen und Kurven ersichtlich.

Kasse

Verweildauer	Fürsorge Sozialamt RVO, Ersatzk. Versorgungsamt	Privatpat. +	Sonstige ++	Summe
1-3	17	5	9	31
4-7	51	48	4	103
8-14	140	55	4	199
15-21	89	35	2	126
22-28	94	16	2	112
29-60	177	20	3	200
61 u. mehr	53	5	2	60
zusammen	621	184	26	831

+ 3. Klasse privat, RVO-Ersatzkassen Zuzahler für 2. Klasse,
1. und 2. Klasse privat

++ Berufsgenossenschaften, sonstige Kostenträger (B.f.A., LVA,
Sozialgericht, Freibett u.s.w.), fehlende Angabe

Tab. 16 Kasse - Verweildauer 1966 (März - Dez.)

Kasse

Verweildauer	Fürsorge Sozialamt RVO-,Ersatzk. Versorgungsamt	Privatpat.	Sonstige	Summe
1-3	20	11	15	46
4-7	82	71	6	159
8-14	187	99	4	290
15-21	174	58	2	234
22-28	103	28	-	131
29-60	216	20	4	240
61 u. mehr	92	9	3	104
zusammen	874	296	34	1204

Tab. 17 Kasse - Verweildauer 1967

Kasse

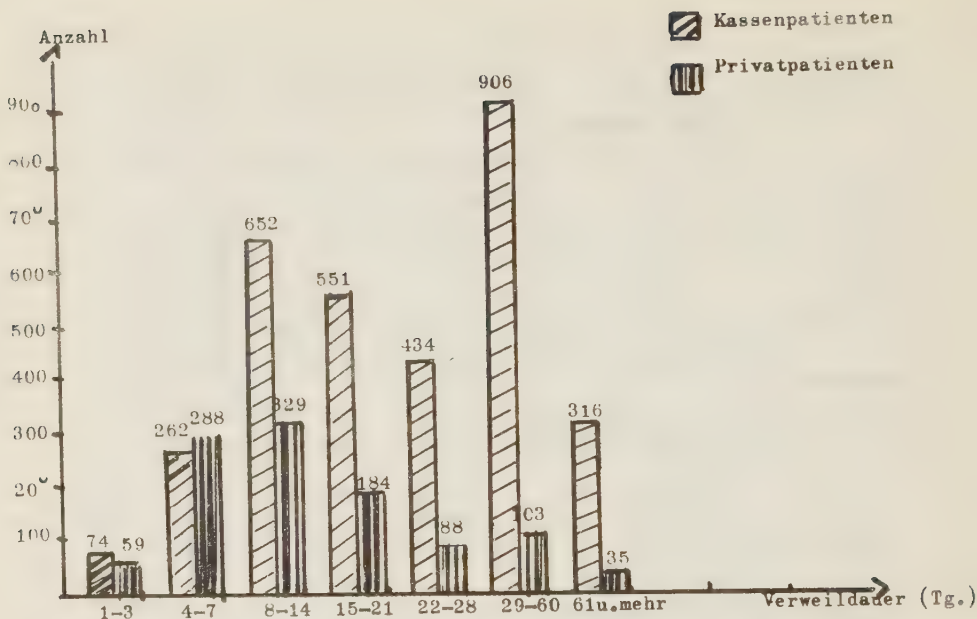
Verweildauer	Fürsorge Sozialamt RVO-,Ersatzk. Versorgungsamt	Privatpat.	Sonstige	Summe
1-3	17	22	27	66
4-7	73	87	10	170
8-14	150	89	2	241
15-21	145	48	4	197
22-28	126	21	2	149
29-60	233	26	4	263
61 u. mehr	94	13	1	108
zusammen	838	306	50	1194

Tab. 18 Kasse - Verweildauer 1968

Kasse

Verweildauer	Fürsorge Sozialamt RVO-,Ersatzk. Versorgungsamt	Privatpat.	Sonstige	Summe
1-3	20	21	19	60
4-7	56	82	9	147
8-14	175	86	4	265
15-21	143	43	5	191
22-28	112	23	4	139
29-60	280	37	7	324
61 u. mehr	77	8	2	87
zusammen	863	300	50	1213

Tab. 19 Kasse - Verweildauer 1969



Tab. 20 Kassen- und Privatpatienten von 1966 (März - Dez) bis 1969

8. Konsiliarische Untersuchungen (Tab. 21)

	1966 Patienten n=830	1967 n=1203	1968 n=1193	1969 n=1213	Summe n=4439
internistisch	103=12,4%	109=9,07%	154=12,9%	108=8,9%	474=10,7%
chirurg.-orthopäd.	45=5,4%	55=4,56%	82=6,8%	31=2,56%	213=4,75%
gynäkologisch	43=5,2%	56=4,65%	47=3,9%	39=3,2%	185=4,17%
pädiatrisch	5=0,6%	6=0,47%	5=0,4%	5=0,4%	21=0,47%
neurologisch- psychiatrisch	69=8,3%	47=3,95%	55=4,6%	44=3,6%	215=4,85%
ophthalmologisch	88=10,6%	110=9,12%	121=10,15%	74=6,2%	393=8,9%
rhino-oto-laryn.	137=16,5%	186=15,45%	183=15,5%	162=13,39%	668=15,1%
neurochirurg.	-	3=0,25%	1=0,08%	-	4=0,09%
odontologisch- kieferchirurgisch	-	-	104=8,7%	-	104=2,3%
zusammen	493=59,35%	579=48%	752=63%	465=38,7%	2289=51,3%

Von den insgesamt 2289=53,7 % konsiliarischen Untersuchungen fielen die meisten in das Jahr 1968 mit 752=63 %. Die wenigsten weist das Jahr 1969 auf, nämlich 465=25,19 %.

Sie sind in keinem Jahr konstant. Während 1966–1968 die rhino-oto-laryngologischen an 1. Stelle standen, sind es 1969 die internistischen mit 8,9 %. Die ersteren wurden vorwiegend durchgeführt bei Urticaria, Ekzemen, Lues, Melanommetastasen, Erythema nodosum, Psoriasis vulgaris und bei allen Krankheiten, die als Begleitkrankheit eine chronische Tonsillitis hatten.

Internistische Konsilien waren notwendig bei der Akne vulgaris, der Urticaria (Leber-Pankreas-Nierenerkrankungen), Rosacea (Ausschluß einer Magenerkrankung), Erythema nodosum (Tbc, Polyarthritis rheumatica), Melanommetastasen und Alopecia totalis, sowie bei allen Begleitkrankheiten wie Diabetes mellitus, Leberparenchymschädigungen, Harnwegsinfekte, Pneumonien, Bronchitiden, Herz- und Kreislaufstörungen.

Ophthalmologische konsiliarische Untersuchungen, mit insgesamt 8,9 %, standen 1967 und 1969 an zweiter Stelle, in den beiden anderen Jahren an dritter Stelle. Sie kamen in Frage bei: Urticaria, endogenem Ekzem, Alopecia totalis und areata, Lupus vulgaris, sekundärer Lues, Psoriasis vulgaris, Lupus erythematoses subacutus, Zoster ophthalmicus und Melanommetastasen.

Gynäkologische und neurologisch-psychiatrische Konsilien waren noch notwendig bei Urticaria, Erythema nodosum, Psoriasis vulgaris, Lues und Melanommetastasen.

Pädiatrische und neurochirurgische sind nur wenige registriert.

Das Fehlen der Eintragungen für odontologisch-kieferchirurgische Konsilien in den Jahren 1966, 1967 und 1969 beruht wahrscheinlich auf einer Unterlassung der Eintragung in den Krankenblättern.

9. Therapeutische Maßnahmen (Tab. 22)

Im Verlauf der vier Jahre konstatierten wir eine stetige Zunahme bestimmter Behandlungsmaßnahmen. Antibiotika und Chemotherapie stiegen um 13 % an, Kosmetika um 1,7 %, sonstige interne Therapie um 7,5 % und Hormonbehandlung um 4,5 %. Die Zunahme der letzteren ist wahrscheinlich zurückzuführen auf die Anwendung von Cortison. Unverändert hoch ist in allen vier Jahren die Lokalthherapie. Ein Abfall einzelner Behandlungsmaßnahmen ist in keinem Jahr festzustellen. Tabelle 22 gibt einen Überblick.

	1966 Patienten n=830	1967 n=1203	1968 n=1193	1969 n=1213	Summe n=4439
Kosmetik	10=1,2%	31=2,6%	34=2,8%	36=3%	111=2,5%
Operation	90=10%	164=13,6%	148=12,4%	133=10,9%	535=12%
Röntgen	76=9,2%	122=10,1%	110=9,2%	108=9%	416=9,3%
UKW/UV	46=5,6%	78=6,5%	64=5,4%	84=7%	272=6,1%
Lokalth.	619=74,5%	955=79,4%	952=79,7%	889=73%	3415=77%
Hormone	89=10%	124=10,3%	158=13,3%	177=14,6%	548=12,4%
Antibiotika/ Chemoth.	172=20,1%	248=20,6%	337=28,2%	397=32,7%	1154=26%
Cytostatika	10=1,2%	27=2,2%	15=1,3%	22=1,8%	74=1,6%
sonst.interne Therapie	469=56,5%	725=60,3%	747=62,5%	776=64%	2717=61%
zusammen	1581=190%	2474=205%	2665=220%	2622=216%	9242=208%

a) Diagnose - Therapie

Einen Überblick über die Behandlung einzelner ausgewählter Krankheitsgruppen gibt die folgende Zusammenstellung:

	Tbc	Mykosen	Melanom	Morb.Dubreuilh	Basaliom	Spinaliom
Kosmetik	1	1	—	—	—	—
Operation	9	—	49	5	66	34
Röntgen	5 ⁺	11	16	—	62	49
UKW/UV	13	8	—	—	—	—
Lokalther.	38	265	43	1	69	47
Hormone	1	22	4	—	—	2
Antibiotika/ Chemother.	36	78	22	—	14	9
Zytostatika	—	1	8	—	2	1
sonst.interne Therapie	38	189	47	1	53	31

+ Es handelte sich hierbei um ein Basaliom auf dem Boden eines
Lupus vulgaris

	art. Durch- blutungsstörungen	ven. Durch- blutungsstörungen	Ekzem	Psoriasis vulgaris
Kosmetik	—	—	3	6
Operation	7	15	—	7
Röntgen	—	29 ⁺⁺	44	79
UKW/UV	1	9	3	102
Lokalther.	68	314	485	493
Hormone	6	12	70	64
Antibiotika/ Chemother.	38	100	71	65
Zytostatika	—	—	4	18
sonst.interne Therapie	66	280	359	308

++ Röntgen wurde bei venösen Durchblutungsstörungen eingesetzt einmal
als Phlebographie oder als Entzündungsbestrahlung auf schmerzhaft
Ulzerationen.

10. Risikopatienten (Tab.23-25)

Ein Register über die Risikopatienten ist erst seit 1967 angelegt. Durch ein wachsendes Problembewußtsein ist in den drei Jahren ein kontinuierlicher Anstieg zu bemerken. Im Jahre 1969 wurden die meisten Risikopatienten gezählt, nämlich 251=20,7 % von 1213 Patienten. An erster Stelle standen in den drei Jahren Allergien und sonstige Unverträglichkeiten, Diabetes mellitus und Dauerbehandlung mit einem Medikament.

Die folgenden Tabellen geben einen genauen Überblick:

Patienten mit Risikofaktoren 1967:

Anzahl der Patienten dieser Klinik insgesamt:	1203
davon Risikopatienten:	197 (16,4%)
fehlende Angaben:	13 (1,08%)
Patienten mit 1 Risikofaktor :	180 (14,9%)
Patienten mit mehreren Risikofaktoren :	17 (1,41%)

Art der Risikofaktoren:

	einfache Risikofaktoren	mehrere Risikofaktoren
Asthma u.ä.in Anamnese	1 (0,08%)	2 (0,16%)
Allergie u.Unverträglichkeit	95 (7,9%)	6 (0,5%)
Diabetes Insulin DB	13 (1,08%)	4 (0,33%)
Diabetes sonst.Behandlung	29 (2,4%)	8 (0,66%)
Anfälle mit Bewußtlosigkeit	1 (0,08%)	- -
Sonstige Anfälle	- -	- -
Sonst.bedrohliche Zustände	4 (0,33%)	3 (0,24%)
Dauerbehandlung	37 (3,08%)	11 (0,91%)
zusammen	180	34 bei 17 Pat.

Tab. 23 Risikofaktoren 1967

Patienten mit Risikofaktoren 1968:

Anzahl der Patienten dieser Klinik insgesamt:	1193
davon Risikopatienten:	216 (18%)
fehlende Angaben:	- -
Patienten mit 1 Risikofaktor :	199 (16,7%)
Patienten mit mehreren Risikofaktoren:	17 (1,42%)

Art der Risikofaktoren:

	einfache Risikofaktoren	mehrere Risikofaktoren
Asthma u.ä.in Anamnese	1 (0,08%)	1 (0,08%)
Allergie u.Unverträglichkeit	96 (8,05%)	7 (0,58%)
Diabetes Insulin DB	9 (0,75%)	10 (0,83%)
Diabetes sonst.Behandlung	43 (3,6%)	9 (0,75%)
Anfälle mit Bewußtlosigkeit	4 (0,33%)	1 (0,08%)
Sonstige Anfälle	1 (0,08%)	1 (0,08%)
Sonst.bedrohliche Zustände	10 (0,83%)	1 (0,08%)
Dauerbehandlung	35 (2,93%)	5 (0,42%)
zusammen	199	35 bei 17 Pet.

Tab. 24 Risikopatienten 1968

Patienten mit Risikofaktoren 1969:

Anzahl der Patienten dieser Klinik insgesamt :	1213
davon Risikopatienten :	251 (20,7%)
fehlende Angaben :	15 (1,2%)
Patienten mit 1 Risikofaktor :	229 (18,9%)
Patienten mit mehreren Risikofaktoren:	22 (1,8%)

Art der Risikofaktoren:

	einfache Risikofaktoren	mehrere Risikofaktoren
Asthma u.ä.in Anamnese	1 (0,1%)	1 (0,1%)
Allergie und Unverträglichkeit	122 (10,1%)	13 (1,07%)
Diabetes Insulin DB	10 (0,8%)	6 (0,4%)
Diabetes sonst.Behandlung	67 (5,6%)	9 (0,7%)
Anfälle mit Bewußtlosigkeit	2 (0,2%)	2 (0,2%)
Sonstige Anfälle	4 (0,3%)	1 (0,1%)
Sonst.bedrohliche Zustände	3 (0,2%)	4 (0,3%)
Dauerbehandlung	20 (1,6%)	12 (0,9%)
zusammen	229	48 bei 22 Pat.

Tab. 25 Risikofaktoren 1969

11. Begleitkrankheiten (Tab. 26)

	1966			1967			1968			1969			Summe
	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	
Ulcus ventriculi	2	2	-	3	2	1	2	1	1	4	3	1	11
Hepatitis	1	1	-	3	2	1	3	2	1	11	11	-	18
Lebercirrhose	2	1	1	3	2	1	11	9	2	6	4	2	22
Hepatose	2	2	-	6	6	-	1	1	-	-	-	-	9
Cholecystitis	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2
Cholelithiasis	-	-	-	-	-	-	3	3	-	2	1	1	5
Diabetes mellitus	21	10	11	42	29	13	56	30	26	61	29	32	180
Gicht	-	-	-	2	2	-	5	3	2	3	3	-	10
zusammen	29	16	13	59	43	16	81	46	35	88	51	37	257

Die führende Begleitkrankheit war der Diabetes mellitus, gefolgt von Lebercirrhose und Hepatitis. Von 1966 (März - Dez.) bis 1969 ist bei jeder Krankheit ein Anstieg der Eintragungen festzustellen. Der häufigere Befall des männlichen Geschlechtes resultiert aus der Überzahl des männlichen Krankengutes.

Wegen des großen Einzugsgebietes der Mainzer Hautklinik konnten die an sich noch informativen alters- und geschlechtsspezifischen Morbiditätsziffern nicht berechnet werden.

Besprechung der Krankheitsfälle nach Diagnosen und Literaturergebnisse.

AKUTE ERYTHEME

In den letzten Jahren ist eine Zunahme der Arzneimittel-exantheme festzustellen, entsprechend der vermehrten Produktion und des höheren Konsums von Arzneimitteln.

Es wurden 34 männliche und 44 weibliche Patienten stationär behandelt. 29 Patienten hatten eine Penicillinallergie.

Das Erythema nodosum steht in Beziehung zu Tuberkulose, Streptokokkeninfektionen, Lepra, Sarkoidose, Polyarthritis rheumatica.

Nach Wallgreen kommt die Krankheit in den nordischen Ländern häufiger vor als in Mitteleuropa. In Skandinavien ist die Mehrzahl der Fälle mit Tuberkulose korreliert. Bei 670 Kindern mit Erythema nodosum stellte er in 97 % eine Tuberkulose fest. In Amerika ist das Krankheitsbild mit hämolytischen Streptokokken verbunden.

Kinder und Jugendliche erkranken am häufigsten. Das weibliche Geschlecht ist bevorzugt.

Auch unter unseren 28 Fällen waren die Frauen mit 26 Erkrankten in der Mehrzahl. Das 2. und 3. Lebensjahrzehnt war vorwiegend betroffen.

Das Erythema exsudativum multiforme tritt gehäuft im Herbst und Frühjahr auf, begünstigt durch das rauhe Klima. Zwar sollen nach Bohnstedt Männer häufiger befallen werden als Frauen, aber von unseren 33 Fällen waren nur 14 männlichen Geschlechts. Die jüngste Patientin war 1 Jahr alt, die älteste 63, die Mehrzahl befand sich im 2. Lebensabschnitt.

ERYTHEMATO - SQUAMÖSE DERMATOSEN

Psoriasis vulgaris

Diese Erkrankung stand an erster Stelle. Sie machte 7,5 % aller Hautkrankheiten aus und stimmte mit dem europäischen Mittelwert überein. Tiedemann stellte in der Tübinger Klinik einen Prozentsatz von 6,68 % am gesamten Krankengut fest. Von unseren 4439 Patienten waren 475 = 10,07 % an Psoriasis vulgaris erkrankt.

Schettler fand in Würzburg bei 177 500 Untersuchten 858 = 0,5 % Psoriatiker. Aus Amerika wird eine Häufigkeit von 0,2 % unter den weißen Soldaten angegeben. (Sutton) Gahan verzeichnet dagegen aus der New Yorker Gegend eine Häufigkeit von 1 % aller Hautkrankheiten. In einer weiteren Statistik gibt Bereston aus West Washington bei 20 000 Untersuchten eine Frequenz von 0,27 % an. Bei einer Volkszählung auf den Färöer Inseln, die ein Drittel der Bevölkerung erfaßte, waren 11 000 = 2,34 % an Psoriasis vulgaris erkrankt. (Lomholt)

Der jahreszeitliche Haupterkrankungsgipfel fällt in den Winter. Die Krankheit tritt gehäuft auf in kaltem und gemäßigttem Klima, selten in den Tropen oder Subtropen. Als Belege mögen folgende Zahlenangaben von Spitzer 1928 dienen:

1928:

Island 8,2%
 Irland 7,3 %
 England 7 %
 Dänemark 6 %
 Königsberg 3 %
 Breslau 4,9 %
 Kiel 3,7 - 4,5 %
 Tübingen 6,68 %
 Frankreich 1,7 - 2,3 %
 Rußland 4 %
 Prag 2,4 %
 Washington 0,27 %
 (Bereston)

Neuere Zahlen (nach Spitzer):

Würzburg 3-5 %
 (Hoede)
 Kiel 4,34 %
 (Wagner)
 Niederlande 3 %
 (Broers)
 Ungarn 4,2 %
 (Szeged)
 Debreczen 2,5 %
 Budapest 1,8 %
 Palästina 0,61 - 0,78 %
 Beirut 0,52 %
 USA 0,52 %
 (Corson)

Nach Angaben in der Literatur sollen die Männer leicht überwiegen.

(Grüneberg, Tiedemann) Wir zählten auch 264 Männer und 211 Frauen.

Hoede überblickte in Würzburg 3719 Psoriatiker aus den Jahren 1880-1921, davon waren 1983 männlichen und 1736 weiblichen Geschlechts. In den Jahren 1952 - 1955 zählte er dagegen 356 Männer und 363 Frauen.

Die Altersverteilung ließ einen Hauptgipfelpunkt mit 89 Patienten =

18,7 % im Alter zwischen 20 und 30 Jahren erkennen, einen zweiten mit 85 Patienten = 17,9 % zwischen 60 und 70 Jahren.

Die Altersverteilung unserer Patienten stimmt damit überein.

Wir haben zufällig keinen Fall einer Psoriasis vulgaris im Kindesalter aufzuweisen, der stationär behandelt wurde.

Rassenmäßig ist ein unterschiedlicher Befall an Psoriasis vulgaris bekannt. Weiße sind gefährdeter. Die Krankheit macht auf Hawaii weniger als 1 % aller Hautkrankheiten aus. (Arnold)

Eine Sonderform, die nur bei 4 % der Psoriatiker vorkommt, ist die Psoriasis arthropatica. Unser Material weist 29 Fälle auf, das sind 5,55 % aller Psoriasiskranken. Hier besteht ein Verhältnis der

männlichen Patienten zu den weiblichen von 3:1.

Die noch seltener auftretende Form, die Psoriasis pustulosa, wurde nur dreimal beobachtet.

Die schwerste Form der Psoriasis, die psoriatische Erythrodermie, zwang 18 Patienten zur stationären Aufnahme, davon 14 Männer und 4 Frauen.

PARAPSORIASIS

Zu der Gruppe der sog. Parapsoriasis zählen die Brocqsche Krankheit, die Pityriasis lichenoides chronica, die Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta und die Parakeratosis variegata.

1. Brocqsche Krankheit, auch "Erythrodermie pityriasiqne en plaques disséminées" oder "Parapsoriasis en plaques" ist die am häufigsten vorkommende Form der Parapsoriasis. Die Überzahl der Erkrankten stellen die Erwachsenen. Von unseren 4 Fällen waren 3 über 50 Jahre alt.

2. Pityriasis lichenoides chronica

kann in jedem Lebensalter auftreten. Unser Material umfaßt 11 Fälle, der älteste Patient war 59 Jahre alt, der jüngste 5 Jahre.

3. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta

Bei dieser Erkrankung findet man in der Anamnese häufig fieberhafte Infekte.

Wir haben aus dem Jahre 1968 zwei Fälle aufzuweisen. Es handelt sich um 2 erwachsene Männer.

4. Parakeratosis variegata

Diese Form der Parapsoriasis kam in unserer Klinik nicht vor.

FORMENKREIS DER EKZEMKRANKHEITEN

Das "Ekzem" nahm schon seit jeher eine führende Stelle unter den

Hautkrankheiten ein und eine Zunahme des vulgären Ekzems war durch die ansteigende Verwendung chemischer Stoffe zu erwarten. Die Statistiken geben darüber keine eindeutige Antwort. In der Zürcher Klinik und Poliklinik war in den letzten Jahren keine große Zunahme zu erkennen. In den Jahren 1920-23 machten die Ekzeme 19 % der Gesamtkrankheiten aus, 1956-59 21,4 % (Miescher).

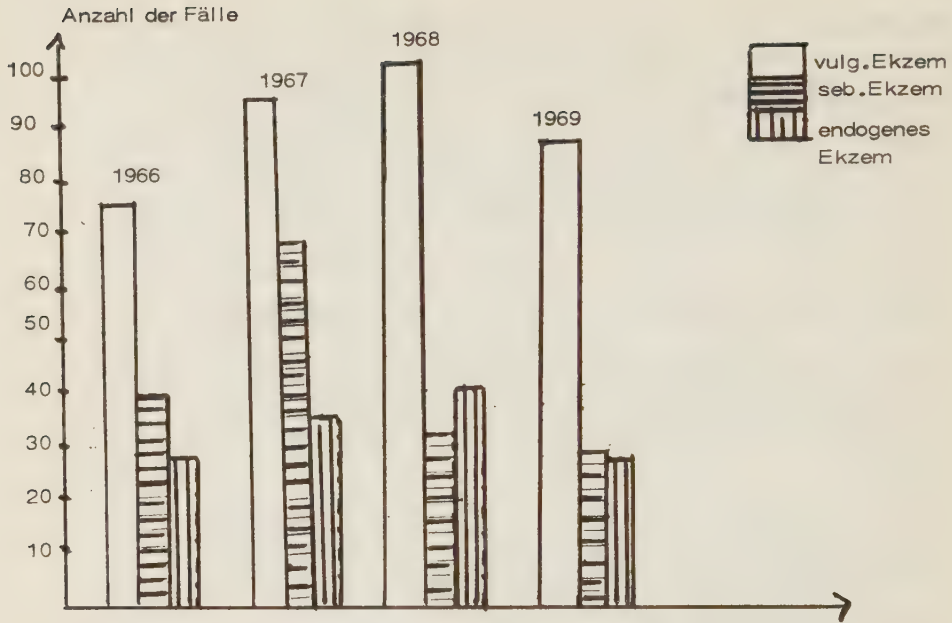
Das vulgäre Ekzem, dem vorwiegend "konditionelle" Faktoren zugrunde liegen, steht mit 5,7 % an 2. Stelle der Hautkrankheiten unserer Klinik. Wir haben 360 Erkrankte aufzuweisen, die überwiegende Mehrzahl stellte das männliche Geschlecht mit 230 Patienten. Haupterkrankungsalter waren die mittleren Lebensabschnitte.

Das seborrhoische Ekzem, dem Unna 1887 seinen Namen gab, ist "konstitutionell" geprägt. Prädisponierend sind Hyperhidrosis und Hyperseborrhoe der Körpermittellinie.

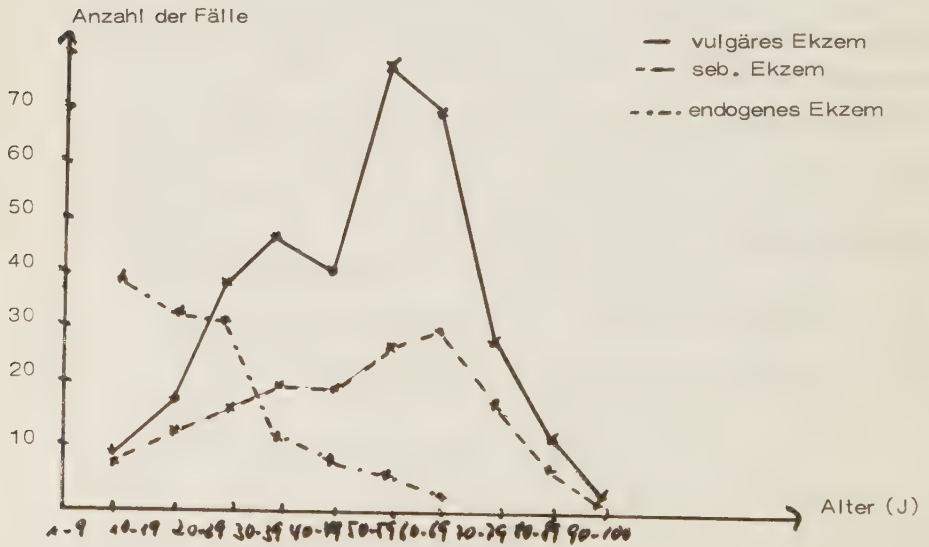
154 Patienten, davon die meisten männlich, wurden stationär behandelt.

Das ebenfalls "konstitutionelle" endogene Ekzem ist nach Brocq eine "Krankheit der jungen Leute". Um das 4. Lebensjahrzehnt bildet es sich meist zurück. Die Krankheit ist genotypisch festgelegt und es kommen nach Korting entweder gleichzeitig oder im Wechsel die Symptome "Ekzem", "Asthma" und "vasomotorische Rhinopathie" vor. 132 Erkrankte haben wir zu verzeichnen, davon 75 Männer und 57 Frauen. 6 Patienten litten an Asthma, 4 an einer Ascaridiasis. Wie oben erwähnt war das jugendliche Alter vorwiegend befallen.

Die folgenden Kurven sollen einen Überblick über die Häufigkeit der drei Ekzemformen innerhalb der vier Jahre und über die unterschiedliche Altersverteilung geben.



Tab. 27 Häufigkeit der Ekzeme 1966 (März - Dez.) bis 1969



Tab. 28 Altersverteilung der Patienten

Das letzte Kurvenbild zeigt, daß das vulgäre und seborrhoische Ekzem in allen Lebensabschnitten vorkommen können, gehäuft in den mittleren Lebensaltern. Das endogene Ekzem dagegen bevorzugt das jugendliche Alter.

Lichen simplex chronicus Vidal

Diese Dermatoze wird heute als "neurogen" oder "autotoxisch" bedingte Erkrankung verstanden. (Korting) In der Anamnese sind oft hepatische oder intestinale Dysregulationen zu finden.

Mehreren statistischen Angaben zufolge sollen Chinesen, Japaner und Philippinos bevorzugt befallen sein. (Keim, Fasal, Rein u. Snyder, Arndt) Diese Feststellung betrifft besonders die Chinesen im Ausland. Man macht seelische Faktoren der Anpassung für das gehäufte Auftreten dieser Erkrankung unter den Ostasiaten verantwortlich.

Kocsard, der mehrere Jahre in Shanghai lebte, ist anderer Ansicht. Er fand eine große Zahl von Lichen simplex chronicus-Kranken besonders unter der eingewanderten Bevölkerung. Da eine ungeheure Häufigkeit von Schmutzinfektionen vorkommt, hält er die Zahl der anderen Erkrankungen für prozentual zu gering. Er ist der Meinung, daß kein Unterschied in der Morbidität bei Chinesen in Amerika und Chinesen, die in China leben, besteht.

Peiping fand in China selbst einen Prozentsatz von 3,3 - 4 %, die gleiche Zahl wie der Befall der weißen Bevölkerung in Amerika.

Cleveland analysierte 1936 170 Fälle von Lichen simplex chronicus. Von 5000 Untersuchten waren nur 2,75 % Orientalen, aber unter den an Lichen simplex chronicus Erkrankten waren es 6,25 %.

Frauen sollen häufiger befallen sein. Unter unseren 12 Fällen waren dagegen 8 Männer und 4 Frauen. Die jüngste Patientin war 5 Jahre alt, die älteste 67, die Mehrzahl zwischen 40 und 50 waren männliche Patienten. Nach Cleveland erkrankten bei den Männern vorwiegend die

mittleren Lebensabschnitte, bei den Frauen die Abschnitte zwischen Pubertät und höherem Lebensalter. Unsere geringen Zahlenangaben können dies bestätigen.

PRURIGO

Bei den Prurigo - Erkrankungen unterscheidet man Prurigo simplex und Prurigo chronicus.

Bei Prurigo simplex finden sich Hautveränderungen mit urticariellen Papeln ohne Lichenifikation. Zu ihnen zählen der Strophulus infantum, die Prurigo simplex acuta bzw. subacuta des Jugendlichen, der Tommasoli 1895 die Bezeichnung Prurigo temporanea gab, die Prurigo simplex subacuta des Erwachsenen, auch Lichen urticatus genannt und die Prurigo gestationis in der Schwangerschaft. Zur Prurigo chronica-Gruppe gehören die Prurigo chronica (Hebrae), die Prurigo chronica multiformis und evtl. die Prurigo nodularis Hyde. Bei diesen chronischen Fällen ist neben der Primäreffloreszenz auch Lichenifikation zu erkennen.

Strophulus infantum kommt hauptsächlich in den Sommermonaten vor, bedingt durch reichlichen Genuß von unreifem Obst, aber auch durch Wurmbefall.

Wir behandelten 6 Kinder im Alter von 1 bis 10 Jahren. In der Mehrzahl waren es Mädchen.

Prurigo simplex acuta bzw. subacuta des Jugendlichen und Erwachsenen wurde in 47 Fällen beobachtet. Es handelte sich um 15 Männer und 32 Frauen. Haupteiterkrankungsalter waren die mittleren Lebensjahre.

Prurigo chronica Hebrae

tritt schon in früher Kindheit auf unter dem Bild des Strophulus infantum. Sie dauert Jahre. Hebra beobachtete sie bei der ärmlichen Bevölkerung Wiens. Mit der Besserung der sozialen und hygienischen Verhält-

nisse wurde das Krankheitsbild seltener.

Die milde Verlaufsform nannte Hebra Prurigo mitis, treten Komplikationen auf wie Lichenifikation, Ekzematisation und Anschwellung der regionären Lymphdrüsen, so spricht man von Prurigo ferox.

1968 wurde ein 12-jähriges Mädchen wegen dieser Form stationär aufgenommen.

Prurigo chronica multiformis

kommt selten vor, vorwiegend bei Kranken mit Leukämie, Morbus Hodgkin und chronischen Leberleiden.

Unter unserem Krankengut befanden sich 2 Männer und 1 Frau. Ein Mann hatte eine chronische Hepatitis.

Prurigo nodularis Hyde

tritt selten auf. Frauen sind bevorzugt. Gefährdet sind die mittleren Lebensjahre.

Unter den 6 Fällen unserer Klinik waren sich Männer und Frauen zahlenmäßig gleich. Das 4. Lebensjahrzehnt war das Haupterkrankungsalter.

PHYSIKALISCHE UND CHEMISCHE HAUTSCHÄDEN

Mit Verbrennungen II. und III. Grades, hervorgerufen durch Flammeneinwirkung, elektrischen Strom, Gasexplosionen, heiße Flüssigkeit, Dampf oder Metalle mußten insgesamt 14 Patienten stationär behandelt werden. Von 1966-1969 ist ein Ansteigen zu verzeichnen. Die Männer waren in der Mehrzahl.

An Erfrierungen wurden 1966 und 1967 je ein Fall beobachtet. Es handelte sich um einen Mann und eine Frau.

Fälle von Verätzungen durch Chemikalien waren 8 zu verzeichnen, bei 7 Männern und einer Frau.

Wegen Strahlenschäden kamen 22 Patienten zur stationären Aufnahme. Es handelte sich klinisch um Röntgendermatitiden,

Radioderm und Röntgenulcera, hauptsächlich hervorgerufen durch Radium- und Röntgenstrahlen. Beide Geschlechter waren gleichmäßig betroffen.

Unter den Lichtdermatosen waren die photoallergischen Dermatosen in der Mehrzahl. Diese entstehen bei einer Allergie gegen bestimmte Stoffe und Medikamente unter der Einwirkung des Sonnenlichtes, z.B. Sulfonamide, Phenothiazine, Tetracycline, Desinfektionsmittel und Antimycotica.

Unser Material umfaßt 23 Fälle, davon 9 Männer und 14 Frauen.

Die Wiesengräserdermatitis, hervorgerufen durch die photosensibilisierende Wirkung furocumarinhaltiger Öle in Wiesengräsern, wurde bei 3 Frauen gesehen.

Das Ekzema solare wurde bei 20 stationären Patienten beobachtet, bei 12 Männern und 8 Frauen.

Die Prurigo aestivalis, ähnlich dem Ekzema solare, nur mit isoliert stehenden prurigoartigen Knötchen, wurde bei 6 Patienten diagnostiziert. Es bestand ein gleichmäßiger Befall von Männern und Frauen.

14 Fälle von Porphyria cutanea tarda kamen zur stationären Aufnahme. Übereinstimmend mit den Literaturangaben (Schneider, Coppenrath) waren die Männer mit 12 Patienten in der Mehrzahl. Bei 2 Patienten war ein chronischer Leberparenchymschaden nachweisbar.

Das recht seltene Xeroderma pigmentosum, das rezessiv vererbt wird und familiär auftreten kann, wurde in den vier Jahren einmal gesehen. Es handelte sich um einen Mann im 4. Lebensjahrzehnt, der 1966, 1967 und 1969 stationär behandelt wurde. Auf der Haut entstehen schon in der Jugend Tumoren wie Keratoakanthome, Basaliome,

Spinaliome oder Melanome.

Dieser Patient hatte ein Keratoakanthom und ein Spinaliom.

PAPULÖSE DERMATOSEN

Lichen ruber planus

Die Zahlenangaben über die Häufigkeit des Lichen ruber planus schwanken zwischen 0,1 und 1 % aller Hautkrankheiten. (Oberste-Lehn) In unserer Klinik machte die Erkrankung 0,63 % der gesamten Dermatosen aus. Im Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten wurden in den Jahren 1932 bis 1956 252 Fälle von Lichen ruber planus niedergelegt. In der Mayo-Klinik wurden in der Zeit von 1950-1954 307 Fälle beobachtet, davon 175 Frauen und 132 Männer im Alter zwischen 10 und 74 Jahren. 85 % waren zwischen 30 und 70 Jahre alt.

Wir haben 23 Fälle zu verzeichnen, das Alter variierte zwischen 40 und 60 Jahren. Der jüngste Patient war 8 Jahre alt. Es handelte sich um 12 Frauen und 11 Männer.

Lichen ruber verrucosus

Diese häufig vorkommende Variante ist vornehmlich an den Streckseiten der Unterschenkel zu finden.

7 Patienten litten an dieser Sonderform.

Beim Lichen ruber exanthematicus sind vorwiegend die Beugeflächen der Vorderarme und Handgelenke befallen.

8 Patienten waren daran erkrankt, 5 Männer und 3 Frauen.

Lichen nitidus, dessen Ätiologie noch ungeklärt ist, wurde ein einziges Mal bei einem 7-jährigen Mädchen beobachtet.

AKUTE INFEKTIONSKRANKHEITEN DER HAUT

Pyodermien

Infektionen der Haut durch gewöhnliche Eitererreger sind über die ganze

Welt verbreitet. In gemäßigtem Klima ist die prozentuale Häufigkeit fast gleich, sie steigt dagegen an beim Übergang in subtropisches oder tropisches Klima. Pyodermien treten in erhöhtem Maße in Kriegszeiten auf, bei mangelnder Ernährung, unter ungünstigen Verhältnissen der warmen und unterentwickelten Länder, und dort ganz besonders bei Kindern. Die häufigste Pyodermie, die *Impetigo contagiosa*, wird durch Strepto- und Staphylokokken hervorgerufen. Die streptogene Form ist in Europa die häufigere. Eine sehr große Frequenz findet man in Japan, dort Sommerepidemie genannt. (Spitzer) Aus einer Kieler Statistik über die Jahre 1911 - 1913 und 1920-1924 und einer Breslauer Statistik der Jahre 1911 - 1913 und 1919-1925 wird ein übereinstimmender Anteil von 5,33 bzw. 5,13 % an der Gesamtzahl der Pyodermien angegeben. In der Mainzer Hautklinik lag der Prozentsatz an Impetigo bei 0,05 % (nur stationäre Fälle).

Freyer gibt aus Anatolien eine Aufstellung über die Beziehung klinischer zu bakterieller Diagnose und findet 12 % bzw. 27 % Fehldiagnosen, wie die folgende Zusammenstellung zeigt:

Klinische Diagnose	Zahl	nur strept.	nur staph.	Mischinfekt.	Fehldiagn.
Impetigo cont. strept.	58	13	7	38	12 %
Impetigo cont. staph.	26	1	19	6	27 %

Betrachtet man die Altersverteilung der Impetigo, so stellt man fest, daß bei der streptogenen Form am häufigsten Kinder im Spielalter erkranken. Während der Schulzeit geht die Befallshäufigkeit deutlich zurück, um dann bei der Aufnahme der beruflichen Tätigkeit wieder etwas anzusteigen. Im Erwachsenenalter ist die Morbidität an streptogener Impetigo sehr gering.

Unsere eigenen Fälle können dies bestätigen. Von den insgesamt

34 Impetigo-Fällen waren 50 % zwischen 1 und 5 Jahre alt, 10 Patienten zwischen 5 und 20 Jahren.

Marchionini und Sadan Tor kamen bei ihren Untersuchungen in Ankara in den Jahren 1938 und 1939 zu einem ähnlichen Ergebnis. Sie fanden einmal einen Gipfel der streptogenen Impetigo zwischen dem ersten und 5. Lebensjahr, einen zweiten zwischen dem 11. und 20. Lebensjahr. Diese Feststellungen werden in der Literatur bestätigt. (Jessner, Hernig)

Furunkel, Karbunkel

Männer erkranken an Furunkel häufiger als Frauen. Bevorzugt sind die Pubertät und die mittleren Lebensabschnitte. Für die Erkrankung ist eine diabetische Stoffwechsellage von Wichtigkeit, außerdem mangelhafte hygienische Verhältnisse und Mangelernährung (Eiweißmangelschaden).

Beim Karbunkel kommen außer diesen genannten disponierenden Faktoren noch eine erhöhte Virulenz der Erreger hinzu. Der Hauptgipfelpunkt dieser Erkrankung liegt in den älteren Lebensjahren. Männer sind ebenfalls in der Überzahl.

Bei unseren Untersuchungen ist eine kontinuierliche Zunahme beider Pyodermieformen von 1966 bis 1969 zu beobachten. Es waren insgesamt 48 Fälle, davon 36 männliche und 12 weibliche. Wir fanden einen ersten Gipfel im Alter zwischen 10 und 20 Jahren, einen zweiten im 3. Lebensjahrzehnt. Über 80 Jahre alt waren immerhin noch 13 Patienten. Ein Diabetes mellitus bestand nur bei einem Patienten.

Ecthyma simplex

Diese Krankheit befällt vorwiegend Erwachsene. Prädisponierende Faktoren sind mangelnde Sauberkeit, Epizoonosen, Exantheme, Mangelernährung, Zirkulationsstörungen an den unteren Extremitäten. So hat man sie vor allem in den Kriegsgefangenenlagern Rußlands vermehrt beobachtet. Als Erreger kommen hauptsächlich hämolysie-

rende Streptokokken in Frage.

Wir sahen in der Mainzer Hautklinik 26 Fälle, davon 20 Männer und 6 Frauen. Es handelte sich hauptsächlich um Erwachsene.

Die Krankheit kam in Breslau häufiger vor als in Kiel, im Verhältnis 0,416 : 0,026 (Hernig).

Erysipel

Prädisponierende und provozierende Faktoren sind: Diabetes mellitus, Lupus vulgaris, Ulcera cruris und Ekzeme, chronische Veneninsuffizienz, chronische Zehen-Zwischenraummykose, chronische Stauungsödeme bei Herzinsuffizienz, chronische Rhinitis mit Rhagaden, weiterhin ist jede Epidermisdurchtrennung und das Geburtstrauma für Streptokokken zugänglich und kann zu einem Erysipel führen. Das rezidivierende Erysipel hat als Voraussetzung eine besondere Abwehrschwäche. An eigenem Material können wir 87 Fälle aufweisen. Davon sind die Frauen mit 54 in der Überzahl. Eine Geschlechtsdisposition ist nicht bekannt. Sechsmal beobachteten wir ein rezidivierendes Erysipel, zehnmal trat die Pyodermie als Komplikation bei venösen Durchblutungsstörungen, Mykosen und Ekzema vulgaris auf.

Die Akne conglobata, die auch zu den Pyodermien zu rechnen ist, war in 33 Fällen zu sehen. Männer erkrankten häufiger als Frauen. In unserer Klinik waren sie mit 30 Patienten in der Mehrzahl. Mittlere und höhere Lebensalter waren betroffen.

CHRONISCHE INFEKTIONSKRANKHEITEN

Tuberkulose

Man hört heute öfter die irrige Ansicht, die Hauttuberkulose sei praktisch ausgestorben. In jeder einschlägigen Literatur oder auf Tagungen, die die Tuberkulose zum Thema haben, bildet jedoch die Problematik der Hauttuberkulosen noch eines der Hauptdiskussionsthemen.

In den letzten Jahren ist allerdings eine deutliche Abnahme der Tuberkulosefälle zu verzeichnen, dank der Tuberkulosefürsorge, der tuberkulosefreien Rinderbestände und der heute zur Verfügung stehenden Tuberkulostatika.

In unserer Klinik wurden in den vier Jahren insgesamt 53 Tuberkulosekranke stationär behandelt, 29 Männer und 24 Frauen. Von Jahr zu Jahr ist ein Rückgang von 2-3 Fällen zu beobachten.

Wie die nachfolgende Zusammenstellung zeigt, handelt es sich um folgende Formen der Hauttuberkulose:

Lupus vulgaris	38
Lupus miliaris disseminatus faciei	1
Tuberculosis colliquativa	2
Tuberculosis cutis verrucosa	5
Tuberculosis cutis lichenoides	1
Parulo-nekrotisches Tuberculid	3
Erythema induratum Bazin	3
Tuberculöser Primäraffekt	-
zusammen	53

Nach Albert wird in den Tuberkulosestatistiken immer wieder aufgeführt, daß das weibliche Geschlecht gegenüber dem männlichen überwiegt. Eine eindeutige Erklärung dafür hat er nicht. Er erinnert an die besonderen Lebensbedingungen der Frau, die Umstellung des gesamten weiblichen Organismus in der Pubertät, während der Menses und der Gravidität, Tatsachen, die als Gründe für die größere Morbidität der Frau in Frage kommen.

Diese Feststellungen betreffen besonders des Lupus vulgaris, die häufigste Form der Hauttuberkulose. Das Verhältnis zwischen erkrankten Männern zu Frauen ist 1:2. Jahrzehntlang hielt man Kinder und Jugendliche für besonders gefährdet. Diese These wurde

durch die Untersuchungen von Prope und Wagner widerlegt. In jedem Lebensalter kann man an einem Lupus vulgaris erkranken, jedoch kann es Jahre dauern, bis ein solcher unscheinbarer makulöser oder papulöser Einzelherd als tuberkulös diagnostiziert wird. Daher findet man die Krankheit bis ins hohe Alter. Die Altershaut verleiht keine Immunität gegen die Tuberkulose. In unserer Klinik war der älteste Patient 81 Jahre alt, der jüngste 8 Jahre.

Einen unterschiedlichen Befall der Stadt- und Landbevölkerung soll es nach Wagner nicht geben. Jedoch sind die sozial niedriger stehenden Bevölkerungsschichten gefährdeter.

Weiterhin ist bemerkenswert, daß Lupuskranken zehnmal häufiger an Lungentuberkulose erkranken als Gesunde. Hauttuberkulöse und speziell Lupuskranken haben eine gewisse Disposition zu anderweitiger Lokalisation.

In unserer Klinik gab es in den vier Jahren einen Fall von Lupus vulgaris zusammen mit manifester Lungentuberkulose. In der Freiburger Klinik waren in den Jahren 1915–1928 654 Lupuskranken lungentuberkulös.

Bekannt ist die Neigung des Lupus vulgaris zur Ausbildung bösartiger Geschwülste. Wir haben einen einzigen Fall eines Spinalioms gesehen.

Lupus miliaris disseminatus faciei

Dieses recht seltene Krankheitsbild befällt jüngere Erwachsene im Alter zwischen 20 und 40 Jahren, wobei heute der Zusammenhang mit einer Tuberkulose in Frage gestellt wird. Es liegt hier offenbar keine Geschlechtsdisposition vor.

Bei unserem einzigen Fall aus dem Jahre 1968 handelt es sich um einen 29jährigen Mann, der wegen dieser Krankheit in dem Jahr zweimal aufgenommen werden mußte.

Tuberculosis cutis colliquativa

Diese Tuberkuloseform tritt vorwiegend im jugendlichen Alter auf.

Hauptlokalisation ist der Hals. Jedoch wird ein zunehmender Befall auch älterer Altersgruppen mit disseminierten Herden am Stamm in den letzten Jahren beobachtet. Sie kommt bei beiden Geschlechtern gleich häufig vor.

Wir sahen zwei Fälle, bei einer Frau von 70 Jahren und einem 39-jährigen Mann.

Tuberculosis cutis verrucosa

Hier überwiegt das männliche Geschlecht, denn es besteht ein enger Zusammenhang des Infektionsmodus mit dem Beruf. Die Krankheit entsteht durch exogene Superinfektion und betrifft größtenteils Berufsgruppen, die mit Vieh, Leichen oder Abfallstoffen zu tun haben wie Schlächter, Abdecker, Landwirte, Pathologen, Tierärzte.

Unter unseren 5 stationär behandelten Fällen befand sich eine Frau. Es handelte sich um Patienten, die in der Landwirtschaft tätig sind.

Tuberculosis cutis lichenoides

Von dieser seltenen Krankheit werden vornehmlich Kinder und Jugendliche betroffen. Unter den 875 Tuberkulosefällen der Freiburger Klinik in den Jahren 1915–1928 waren nur 23 Fälle dieser Erkrankung aufgeführt. Beide Geschlechter erkranken gleich häufig.

Bei unserem einzigen Fall handelt es sich um einen 25-jährigen jungen Mann.

Papulo-nekrotisches Tuberculid

Diese Tuberkuloseform findet man bei Jugendlichen mit Überwiegen des weiblichen Geschlechtes. In unserer Klinik sind 3 Fälle registriert. Ein Mann von 28 Jahren, eine 26-jährige und eine 70-jährige Frau. Eine Kieler Statistik über die Jahre 1953–1957 weist 10 Fälle auf bei einer Gesamttuberkulosezahl von 262 Fällen, die oben erwähnte Freiburger Statistik nur 6 Fälle.

Erythema induratum Bazin

Dieses Krankheitsbild kommt gehäuft bei "pastösen" jüngeren Frauen vor, und zwar häufiger in Ostdeutschland und den Ostsee-

randgebieten als in West- und Süddeutschland. (Wagner)

Wir beobachteten 3 Fälle, einen Mann im 4. Lebensjahrzehnt, eine 32jährige und eine 50jährige Frau.

Tuberkulöser Primäraffekt

Die tuberkulöse Erstinfektion im Bereich der Haut ist äußerst selten. Sie tritt auf bei fehlender oder schlechter Abwehrlage des Organismus. Säuglinge und Kleinkinder sind am gefährdetsten. Im späteren Alter manifestiert sich die Erstinfektion am Darm oder der Lunge, die Haut wird dann nur als tuberkulöse Superinfektion befallen. In der Mainzer Hautklinik wurde in den vier Jahren kein Fall einer tuberkulösen Erstinfektion im Bereich der Haut gesehen.

Sarkoidose

(Morbus Besnier-Boeck-Schaumann)

Die Hautbeteiligung bei der Sarkoidose ist nicht immer obligat und nicht das Primäre. Die Angaben über die Häufigkeit der Hautbeteiligung in der Literatur schwanken je nach Fachrichtung des Autors zwischen 10 und 80 %. Eine Statistik aus der Kieler Universitätsklinik über die Jahre 1953 - 1957 gibt eine Häufigkeit von 0,12 % aller Dermatosen an. (Wagner) Unser Prozentsatz beträgt 0,3 %. Die Krankheit befällt vor allem die Lebensalter zwischen 20 und 50 Jahren. Die Frauen sind in der Mehrzahl. Unter unseren 18 Fällen waren 13 Frauen und 5 Männer. Das 3. Lebensjahrzehnt war vorwiegend erkrankt, 4 Patienten waren älter als 60 Jahre.

Die Kieler Lupusstatistik zählte 106 Fälle, davon 81 Frauen und 25 Männer.

In den USA erkrankten Neger häufiger als Weiße. Rakower gibt eine Aufstellung aus Nord-Amerika: 1950 kamen auf 100 000 Einwohner 0,8 Krankheitsfälle weißer Soldaten und 17,81 mal waren Neger befallen. 1955 kamen sogar in North-Carolina auf 1,4 kranke weiße Soldaten

34 kranke Neger. In früheren Jahren wurde die Sarkoidose vorwiegend in den nordischen Ländern beobachtet. Als Grund kommt die größere Vertrautheit der nordischen Autoren mit der Krankheit in Frage. 1957 kamen auf 100 000 Einwohner in Mittelschweden 140 Sarkoidose-Kranke, in Stockholm wurden im gleichen Jahr 30 Männer und 50 Frauen an Sarkoidose erkrankt registriert. (Spitzer)

GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Bei Statistiken über Geschlechtskrankheiten muß man mit einer hohen Dunkelziffer rechnen, da einmal die Meldepflicht versäumt wird, zum andern wird die Krankheit, besonders bei der Gonorrhoe der Frau, übersehen.

Die Syphilis machte zwischen den beiden Weltkriegen 20 % der Hautkrankheiten aus, nach dem 2. Weltkrieg sogar 40 %, sank dann 1953 auf 24 % und betrug im 2. Halbjahr 1970 8 %. (Sonderdruck des statistischen Bundesamtes von 1970)

Die letzten Angaben des statistischen Bundesamtes beziehen sich auf das Jahr 1953. Erst am 25. August 1969 erfolgte eine Neufassung des Gesetzes über die Meldepflicht. Daher können zum Vergleich keine Angaben über die Jahre 1966-1969, die diese Arbeit behandelt, herangezogen werden, sondern Zahlenangaben nach 1969. Die folgenden Angaben stammen aus dem 2. Halbjahr 1970.

Vom 1.7.1970 bis 31.12.1970 wurden in der Bundesrepublik 390 000 Geschlechtskrankheiten mit 39 100 Erkrankungen registriert. Die Mehrzahl der Erkrankten waren Männer (71 %). 80 % waren 20-39jährig, 12 % 15-19jährig. 91 % der Erkrankungen fielen auf die Gonorrhoe, 8 % auf die Syphilis. In unserer Klinik wurden von 1966-1969 insgesamt 100 Fälle ermittelt, 79 entfielen auf die Syphilis und 21 auf die Gonorrhoe. Ein Verschieben zugunsten der Gonorrhoe können wir aus unseren Zahlenangaben nicht feststellen. Das ist sicher dadurch bedingt, daß die Gonorrhoe meist nur ambulant behandelt wird und hier nur stationäre Fälle berücksichtigt wurden. Auch bei uns stellte die Mehrzahl das männ-

liche Geschlecht. Haupteiterkrankungsalter war ebenfalls das 2. bis 3. Lebensjahrzehnt.

Die folgende Tabelle gibt eine Aufstellung über die Altersverteilung.

		1-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	Summe
Syphilis	m 1	16	6	4	10	5	1	-		43
	w 4	14	6	7	4	-	1	-		36
Gonorrhoe	m -	11	5	-	-	-	-	-		16
	w 2	3	-	-	-	-	-	-		5
zusammen		7	44	16	11	13	5	2	-	100

An dieser Tabelle fällt auf, daß die Gonorrhoe nur bis zum 3. Lebensjahrzehnt vorkommt, während in der Literatur ein Befall aller Lebensabschnitte angegeben wird unter Bevorzugung des jugendlichen. (Spitzer) Ein Vergleich der Geschlechtskrankheiten der einzelnen Bundesländer ergibt ein unterschiedliches Bild. Die Stadtstaaten weisen die höchste Zahl an Geschlechtskrankheiten auf, die kleinste Zahl hat Rheinland-Pfalz.

Gemeldete Erkrankungen an Geschlechtskrankheiten im 2. Halbjahr 1970 auf 100 000 Einwohner und 1 Jahr

Land	Insgesamt	Männlich	Weiblich
Bundesgebiet	127,9	191,2	70,2
Schleswig-Holstein	121,2	186,4	60,8
Hamburg	355,8	563,5	179,9
Niedersachsen	84,3	125,0	47,1
Bremen	312,7	464,5	174,4
Nordrhein-Westfalen	98,8	153,0	48,9
Hessen	152,4	207,2	101,7
Rheinland-Pfalz	44,8	66,4	25,2
Baden-Württemberg	97,2	144,6	52,9
Bayern	122,8	184,1	67,2
Saarland	69,4	100,7	41,2
Berlin(West)	520,3	832,3	281,0

Angefügt seien noch zwei Tabellen ebenfalls aus dem 2. Halbjahr 1970

mit einer Aufschlüsselung nach Art der Erkrankung in den einzelnen Ländern und eine Aufschlüsselung nach Familienstand und Alter.

Gemeldete Erkrankungen an Geschlechtskrankheiten im 2. Halbjahr 1970 nach Art der Erkrankung

Land	Insgesamt			Syphilis			Tripper		
	insgesamt	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.
Schleswig-Holstein	1550	1146	404	83	50	33	1460	1093	367
Hamburg	3233	2377	856	354	274	80	2838	2070	768
Niedersachsen	2994	2122	872	197	134	63	2774	1973	801
Bremen	1182	837	345	117	82	35	1052	747	305
Nordrhein-Westf.	8466	6286	2180	622	413	209	7815	5853	1962
Hessen	4133	2701	1432	264	183	81	3853	2514	1339
Rheinl.-Pfalz	823	580	243	72	43	29	748	534	214
Baden-Würtemb.	4328	3107	1221	352	227	125	3940	2847	1093
Bayern	6487	4623	1864	525	362	163	5939	4241	1698
Saarland	391	269	122	48	29	19	342	239	103
Berlin(West)	5552	3855	1697	505	363	142	5029	3480	1549
Bundesgebiet	39139	27903	11236	3139	2160	979	35790	25591	10199

Gemeldete Erkrankungen an Geschlechtskrankheiten im 2. Halbjahr 1970 nach Art der Erkrankung, Familienstand und Altersgruppen

Alter von ...bis unter ...Jahren	Insgesamt			Syphilis			Tripper		
	insgesamt	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.
0-10	69	39	30	18	8	10	51	31	20
10-15	85	16	69	3	2	1	82	14	68
15-20	4786	2171	2615	245	117	128	4516	2039	2477
20-25	12588	8685	3903	710	459	251	11804	8175	3629
25-30	9720	7613	2107	673	518	155	8997	7055	1942
30-40	8823	7124	1699	848	641	207	7926	6445	1481
40-50	1991	1520	471	352	244	108	1633	1272	361
50-60	636	430	206	165	98	67	468	330	138
60 u. mehr	256	177	79	109	64	45	144	111	33
unbekannt	185	128	57	16	9	7	169	119	50
zusammen	39139	27903	11236	3139	2160	979	35790	25591	10199

Aus den Tabellen geht hervor, daß zehnmal so viele an Gonorrhoe erkranken als an Syphilis. Die bevorzugten Lebensalter sind bei beiden Krankheitsbildern das Alter zwischen 20 und 30 Jahren.

VIRUSKRANKHEITEN DER HAUT

Molluscum contagiosum

Diese Erkrankung ist eine gutartige Epitheliose und befällt hauptsächlich Kinder und Jugendliche. Der Krankheit geht oft ein Besuch in Hallenschwimmbädern voraus. Die Ansteckungsquelle kann aber auch bei erkrankten Familienangehörigen liegen. Die Empfänglichkeit ist jedoch nicht groß, daher ist die Krankheit eine relative Seltenheit. In der Münchner Hautklinik betrug sie in den Jahren 1953-1955 1 % aller Dermatosen, in Japan dagegen 3,3 %. In unserer Klinik war in den vier Jahren bei 5 Patienten wegen ausgedehntem Befall die klinische Aufnahme erforderlich, drei waren Kinder im Alter von 1, 2 und 9 Jahren.

Herpes zoster

Die Gürtelrose, das "ignis sacer" war schon im Altertum bekannt. Jedes Lebensalter kann befallen werden, jedoch liegt der Hauptgipfelpunkt zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr. In der Jugend ist der Verlauf leichter, mit dem Alter nimmt die Schwere der Krankheit zu. Im Senium kann sie lebensbedrohlich sein. Auffallend sind in der Anamnese des Herpes zoster-Kranken Erkältungen und Zahnschmerzen.

Prädisponierend für den Zoster generalisatus sind Krankheiten, die mit Dysproteinämien und Schwächung der Abwehrkräfte einhergehen, wie bei Carcinosen, Leukosen, Retikulosen.

Wir haben 58 Fälle aufzuweisen, 23 Männer und 35 Frauen, darunter 13 Erkrankungen an Zoster ophthalmicus und einen Zoster oticus.

Das Haupterkrankungsalter lag, wie oben erwähnt, zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr. In 2 Fällen fanden wir als konsumierende Begleitkrankheit einen Morbus Hodgkin.

Die Frequenz des Herpes zoster liegt in Europa bei 0,5 - 1 %, in den USA bei 2 %. (Spitzer)

Herpes simplex

Ist eine harmlose akute Virusinfektion der Haut oder Schleimhaut, die zu Rezidiven neigt. Die Erstansteckung erfolgt im 1.-5. Lebensjahr, bis zum 14. Lebensjahr ist die Mehrzahl der Bevölkerung durchseucht. Als auslösende Faktoren kommen in Frage: Pneumonien, Meningitiden, Malaria, intensive Sonnenbestrahlung, gastrointestinale Störungen, mechanische und psychische Traumen, sowie die Menstruation.

Unser Material weist insgesamt 12 Herpes simplex - Fälle auf. Alle Lebensalter waren befallen.

Stomatitis aphthosa

Betroffen sind in der Hauptsache Säuglinge und Kleinkinder. Tritt diese, durch das Herpes hominis Virus hervorgerufene Krankheit einmal im jungen Erwachsenenalter auf, so verläuft sie im allgemeinen schwerer.

Von unseren 11 stationär Behandelten waren 7 unter 20 Jahren.

Das Aphthoid Pospischill - Feyrter ist eine besondere Verlaufsform des Herpes hominis infectionis. Es wird als Nachkrankheit von Keuchhusten, Scharlach und Masern beschrieben. (Schuermann) Bei unserem einzigen Fall handelt es sich um einen 19-jährigen jungen Mann, dessen Anamnese bezüglich der oben genannten Krankheiten leer war.

Chronisch rezidivierende Aphthen

Die Krankheit tritt vorwiegend bei Erwachsenen auf und wird unregelmäßig dominant vererbt. Familiäre Häufung wird oft beobachtet. Es sind in der Mehrzahl vasolabile Menschen und solche mit gastro-

intestinalen Störungen. Bei unseren 4 Fällen wurden Magen-Darm-Erkrankungen gesehen.

Zu erwähnen ist noch der Morbus Behcet, der zweimal vorkam.

Warzen und Feigwarzen

Warzen sind infektiöse, virusbedingte Epitheliosen. Die verschiedenen Warzenarten haben ein und dasselbe Virus zur Ursache, die verschiedenen Effloreszenzen sind jedoch von der jeweiligen Lokalisation abhängig.

Prädisponierende Faktoren für die *Verrucae vulgares* sind akroasphyktische Körperteile mit verminderter Abwehr bei schlechter Durchblutung.

In unserer Klinik wurden 28 Patienten mit *Verrucae vulgares* stationär behandelt, 17 männliche und 11 weibliche. Das Haupterkrankungsalter lag zwischen 10 und 20 Jahren.

Auch die *Verrucae planes juveniles* treten gehäuft bei Jugendlichen auf. Wir haben 72 stationäre Fälle aufzuweisen, davon 29 männlichen Geschlechts und 43 weiblichen. Die überwiegende Mehrzahl war jünger als 30 Jahre. Die Aufnahme erfolgte immer wegen starker Aus-
saat und schwieriger therapeutischer Probleme.

Condylomata acuminata

Kinder und Erwachsene können gleich häufig daran erkranken. Es wurden 28 Patienten stationär behandelt. Die Männer waren mit 23 in der Mehrzahl, darunter vor allem die 20-30jährigen.

PARASITÄRE HAUTKRANKHEITEN

MYKOSEN UND ZOONOSEN

An der Spitze aller Pilzkrankungen steht die *Tinea pedum et manuum*. Nach dem ersten Weltkrieg begann die Durchseuchung der Bevölkerung mit Fußpilz. Erst 30 Jahre vorher war die *Tinea* zum ersten Male beschrieben worden. Schon 30 Jahre später war ein rapider Anstieg der "Seuche" zu erkennen, wie folgende Zahlen verdeutlichen:

Memmesheimer hatte 1939 bei 48 % von 15 457 Bergleuten Fußpilz festgestellt, Espelage 1954 bei 1000 Hauern einen Befall von 75,7 % und Wilde 1955 bei 10 092 Bergleuten einen solchen von 70 %. Polemann untersuchte 1953 und 1954 im Köner Braunkohlengebiet 5615 Jugendliche und fand eine Durchseuchung von 41,8 %. Berlin hatte 1958 bei 24 % von 2622 6-17-jähriger Befall durch Fußpilz aufzuweisen. Die Durchseuchungsquote der Industriestaaten Westeuropas und Nordamerikas wird nach dem zweiten Weltkrieg mit 30-90 % angegeben. (Polemann) Einen wesentlichen Beitrag zur Ausbreitung der Fußpilzkrankheiten hatte die mit der Industrialisierung einhergehende Zunahme der Bevölkerung verschuldet, außerdem wirken begünstigend für die Verbreitung die Verkehrsmittel, Sportplätze und vor allem Schwimmbäder. Die Krankheit ist ein Zivilisationsschaden, denn bei den Negern, die keine Schuhe tragen, soll diese Mykose nicht vorkommen.

In unserer Klinik wurden in den vier Jahren 207 an Fußpilz Erkrankte stationär behandelt. Das männliche Geschlecht war mit 149 Patienten in der Mehrzahl. Es handelte sich vorwiegend um jugendliche Patienten.

An *Tinea inguinalis* waren 8 Patienten erkrankt, 6 Männer und 2 Frauen.

Trichophytie

Die erste schwere Trichophytie-Epidemie trat in Deutschland im Jahre 1866 auf, eine weitere 1918. 1919/1920 waren in Charlottenburg 235 Fälle registriert und 1919/1927 in der Poliklinik des Rudolf Virchow-Krankenhauses in Berlin 357 Fälle. (Spitzer) Engelhardt ermittelte 1923 in der Umgebung von Gießen 138 Erkrankte. Wir haben 33 Fälle, vornehmlich Erwachsene, behandelt, davon 21 Männer und 12 Frauen.

Pityriasis versicolor

Bei dieser harmlosen Mykose ist starkes Schwitzen Voraussetzung für das Pilzwachstum. Bei bestimmten Berufen wie Heizern und Glas-

bläsern tritt sie vermehrt auf.

Wir haben von 1966–1969 nur 3 männliche Erwachsene stationär aufgenommen, da sie meist ambulant behandelbar ist.

Candidiasis (Soor)

Der Soor kommt ubiquitär bei der weißen Rasse vor, ist aber in Amerika seltener zu finden als in Europa. Begünstigend sind Gravidität, Diabetes mellitus, Kachexie, Riboflavinmangel, hochdosierte und langdauernde Antibiotikatherapie, Cortison und Ovulationshemmer.

57 Soor-Fälle haben wir ermittelt, das weibliche Geschlecht überwog. 8 Patienten hatten eine Balanitis candidamycotica, 7 Frauen eine Vulvitis candidamycotica, ein 31jähriger Mann eine Soor-Paronychie.

Erythrasma

Prädisponierend wirken hier lokale Hyperhidrosis, Schädigung des Säuremantels und Mazeration. Männer werden häufiger befallen als Frauen, Kinder nicht. In 75 % der Fälle erkrankten die Altersklassen zwischen 14 und 45 Jahren. (Eitel)

Wir behandelten 4 Männer mittleren Alters.

Trichomycosis palmellina

Unter Trichomykosen versteht man eine Ansiedlung saprophytärer Keime an den Haaren.

Die Trichomycosis palmellina befällt die Achsel- und Schambehaarung, besonders Blond- und Rothaarige sind gefährdet. Fördernd wirken Hyperhidrosis und Schädigung des Säuremantels der Haut. 3 Männer, die wegen eins anderen Leidens stationär aufgenommen wurden, wurden gezählt.

EPIZOOTIEN

Die *Scabies* war während des 1. Weltkrieges die verbreitetste Hautkrankheit. Ein Ansteigen um das 2–3 fache war in den Nachkriegsjahren zu verzeichnen. In Breslau erreichte sie von 1911–1913 und 1919–1925 15,6 % aller Dermatosen. Von 1922–1927 machte sich dann ein Rückgang bemerkbar, die Frequenz betrug nur noch 7,5 %.

In Kiel konnte man einen Rückgang seit dem 1. Weltkrieg bis jetzt von 22 % auf 0 % feststellen. (Spitzer)

Laut europäischer und außereuropäischer Statistiken war in den fünfziger Jahren, dank der besseren hygienischen Verhältnisse und der besseren Lebensbedingungen, ein Absinken der *Scabies*-Fälle zu vermerken. Lutz stellte 1954 eine Frequenzkurve für die letzten vier Jahrzehnte auf. Auch hier war ein deutlicher Abfall der Kurve festzustellen.

Seit Anfang der sechziger Jahre jedoch wurde wiederholt auf eine Ausbreitung der *Scabies* hingewiesen. Schaab und Herrmann berichten über 50 Fälle scabiesartiger Erkrankungen und 27 Fälle echter *Scabies*, die von 1966–1968 in der Frankfurter Universitätsklinik behandelt wurden und somit einen erneuten Anstieg der Milbenerkrankung darstellen. Auch Herrmann und Steigleder verzeichnen eine Zunahme im Kölner Raum. Als Grund geben sie eine veränderte Immunitätslage an gegenüber der Krätze-Milbe. Ebenso kann Schirren in Kiel eine deutliche Zunahme seit 1963 bemerken.

Unsere Klinik registrierte in den vier Jahren 28 stationäre Fälle, davon 25 Männer und 3 Frauen. Der beurteilte Zeitraum ist zu klein, um ein Ansteigen der Fälle festzustellen. Das Einzugsgebiet reichte von Mainz mit näherer Umgebung bis nach Norddeutschland und das Saargebiet.

BEFALL DURCH DARMWÜRMER

Befall mit *Ascaris lumbricoides* erwies sich hauptsächlich als

Nebenbefund bei chronisch rezidivierender Urticaria und bei der Prurigo-Gruppe. Es handelte sich um 44 Patienten, das weibliche Geschlecht überwog. Alle Altersklassen waren vertreten.

FORMENKREIS DER ICHTHYOSIFORMEN UND KERATOTISCHEN HAUTERKRANKUNGEN

Ichthyosis vulgaris

gehört zu den häufiger vorkommenden Erbkrankheiten. An der Dermatologischen Klinik in Zürich machte sie 4 % aller Klinik- und Poliklinikpatienten aus.

In unserer Klinik wurden in den vier Jahren 8 Patienten stationär behandelt, 6 Männer und 2 Frauen.

Keratoma palmare et plantare hereditarium

Diese dominant vererbte und familiär auftretende Erkrankung beginnt im 1. und 2. Lebensjahr.

Bei unserem einzigen Fall aus dem Jahre 1967 handelt es sich um einen 62-jährigen Mann.

Morbus Darier (Dyskeratosis follicularis)

wird ebenfalls dominant vererbt und tritt familiär oder auch isoliert auf. Sie beginnt entweder in der Kindheit oder später mit langsamer Progredienz. Das männliche Geschlecht wird bevorzugt befallen.

Gottron fand 1935 an der Breslauer Klinik in 15 Jahren 16 Fälle. Nach Aquilera Maruri sind bis 1949 insgesamt 450 Fälle in der Weltliteratur publiziert.

Unser Material umfaßt 8 Fälle, 7 Männer und 1 Frau. Das Haupterkrankungsalter lag zwischen 17 und 30 Jahren.

BULLÖSE DERMATOSEN

Pemphigus vulgaris chronicus

Laut statistischer Angaben schwankt die Häufigkeit in den Hautkliniken zwischen 1,12 % in Hamburg und 0,037 % in Kiel. (Oberste-Lehn) In unserer Klinik macht das Krankheitsbild 0,32 % aller Dermatosen aus. Die Behauptung, daß die jüdische Rasse bevorzugt befallen sei, ist unbewiesen.

Über die Geschlechtsverteilung sind sich die Autoren nicht einig. Einmal sollen beide Geschlechter ohne Unterschied befallen sein (Braun-Falco, Lever, Herzberg), zum andern soll das weibliche Geschlecht etwas häufiger erkranken (Oberste-Lehn).

Bei unseren 20 Fällen überwog das männliche Geschlecht. Das Haupterkrankungsalter war das 50.-70. Lebensjahr. Auch bei Jugendlichen findet man dieses Krankheitsbild, bei Kindern nicht. Steigleder allerdings berichtete über eine Erkrankung bei einem 12-jährigen Mädchen.

Pemphigus vegetans (Hallopeau) war in 5 Fällen der Aufnahmegrund.

Wir behandelten außerdem 2 ältere männliche Patienten mit *Pemphigus foliaceus* (Cazenave), 2 Patienten mit *Pemphigus seborrhoicus* (Senear-Usher-Syndrom) und 2 weibliche Patienten im 6. Lebensjahrzehnt mit *Pemphigus chronicus benignus familiaris* (Hailey-Hailey).

KREISLAUFSTÖRUNGEN DER HAUT UND HAUTGEFÄSSKRANKHEITEN

Akrozyanose und Morbus Raynaud, die beide in der Pubertät auftreten, wurden bei zwei jungen Mädchen gesehen.

Ulcus hypertonicum et ischaemicum Martorell befällt Kranke mit Hypertonie. Gefährdet sind Frauen im Alter von 40-60 Jahren. Wir haben zweimal dieses Krankheitsbild gesehen. Es handelte sich um Frauen im 6. Lebensjahrzehnt.

An Endangitis obliterans erkranken hauptsächlich Männer vor dem 45. Lebensjahr. (Keining, Braun-Falco) In der Anamnese wird fast ohne Ausnahme Nikotinabusus angegeben. Ungünstig wirken außerdem Überbelastung und berufliche Schwierigkeiten.

Bei 23, vorwiegend männlichen Patienten, war diese Erkrankung der Aufnahmegrund. In der Hauptsache waren die mittleren Lebensabschnitte betroffen.

An Periarteriitis nodosa waren 6 Frauen und 3 Männer im 3. - 6. Lebensjahrzehnt erkrankt.

Wegen arterieller Durchblutungsstörungen wurden 27 Patienten stationär behandelt. Aus den Krankenblättern ging nicht hervor, ob es sich um eine Endangitis obliterans oder Arteriosklerose handelte. Es waren 15 Männer und 12 Frauen im Alter zwischen 50 und 80 Jahren. An einem arteriosklerotischen Ulcus litten 39 Patienten, die weiblichen waren in der Mehrzahl. Bevorzugt war das 6. und 7. Lebensjahrzehnt.

KRAMPFADERN UND VARIKÖSER SYMPTOMENKOMPLEX

Varicosis

Venenerweiterungen und -schlängelungen treten erst im frühen oder späten Erwachsenenalter auf. Frauen sind besonders gefährdet. Unser Material umfaßt 59 Fälle, davon 33 Frauen und 26 Männer.

151 Patienten mit einem Ulcus varicosum wurden stationär behandelt, das sind 4,2 % aller stationär behandelten Hautkrankheiten. Die Frauen überwoogen. Erkrankt waren vornehmlich 60-80jährige.

An einer Thrombophlebitis waren 60 Patienten erkrankt, das weibliche Geschlecht war in der Mehrzahl. Eine Thrombophlebitis migrans hatten 6 Männer und 1 Frau. Eine Endangitis obliterans oder Pankreas-Carcinom, die gelegentlich dabei vorkommen, wurden nicht beobachtet.

Das *Ulcus postthromboticum* war bei 100 Patienten der Aufnahmeanlaß. Es handelte sich hauptsächlich um Frauen im 5., 6. und 7. Lebensjahrzehnt.

HÄMORRHAGISCHE DIATHESEN

In einer Hautklinik werden vorwiegend vaskuläre Hämorrhagien beobachtet.

Bei der *Purpura Schönlein* sind Allergie und Arzneimittelnebenwirkungen die Hauptursache. Kinder werden häufiger befallen als Erwachsene, das männliche Geschlecht häufiger als das weibliche.

Wir beobachteten 16 Fälle mit Überwiegen des weiblichen Geschlechts. Alle Lebensalter von 4–71 Jahre waren vertreten.

Dermatite lichénoïde purpurique et pigmentée

Von dieser mit Juckreiz einhergehenden *Purpura* waren ein 63jähriger und ein 65jähriger Mann betroffen.

Progressive Pigmentpurpura

war bei 21 Patienten der Aufnahmeanlaß. Es handelte sich um 11 Männer und 10 Frauen jenseits des 4. Lebensjahrzehnts.

Purpura senilis wurde bei 4 älteren Patienten als Nebenfund erhoben.

URTICARIA

Die *Urticaria* zählt zu den häufig vorkommenden Hauterkrankungen. Männer und Frauen sind zahlenmäßig gleichermaßen beteiligt. Burgess fand unter 58 Erkrankten die Altersstufen zwischen dem 20. und 60. Lebensjahr befallen. Auch Lutz hebt hervor, daß die *Urticaria* hauptsächlich bei Erwachsenen auftritt und bestätigt damit unsere eigene Erfahrung. Wir sahen 44 Fälle einer *Urticaria acuta* und 134 Fälle einer *Urticaria chronica*. Chronische Tonsillitis, Subacidität und eine Penicillinüberempfindlichkeit kamen hauptsächlich als auslösende Faktoren in Frage.

Kälteurticaria

An Hautstellen, die Kälteeinwirkungen ausgesetzt sind, kommt es nach kalten Waschungen oder bei kaltem Wetter zu Quaddelbildungen. Ursache ist nach Grüneberg vermutlich ein unter Kälteeinwirkung entstehender Stoff, der als Antigen wirkt.

Wir haben 6 Fälle behandelt, 5 Männer und 1 Frau.

Die Wärmeurticaria kommt sehr selten vor. Wir haben 3 Fälle zu verzeichnen.

Lichturticaria wird durch Strahlen, hauptsächlich des UV-Bereiches, ausgelöst. Das weibliche Geschlecht ist häufiger befallen.

Wir sahen 4 Fälle. Beide Geschlechter waren gleich häufig erkrankt.

Urticaria factitia

Diese auf vasomotorischer Grundlage beruhende Veränderung fand sich bei 11 Patienten, das weibliche Geschlecht überwog.

Quincke - Ödem

Von dieser Sonderform der Urticaria waren 13 Patienten befallen, vorwiegend Frauen jüngeren Alters.

FUNKTIONSTÖRUNGEN UND KRANKHEITEN DER SCHWEISS - UND TALGDRÜSEN

ERKRANKUNGEN DER SCHWEISSDRÜSEN

Hyperhidrosis manuum et pedum

Von dieser "Crux" waren 27 Patienten befallen. Das männliche Geschlecht war mit 20 Patienten in der Mehrzahl. Haupteerkrankungsalter war das 2.-5. Lebensjahrzehnt.

Dyshidrosis

Diese an Händen und Füßen auftretende Erkrankung mykotischer, vulgär ekzematöser oder idiopathischer Genese tritt gehäuft in der warmen Jahreszeit auf. Befallen ist vorwiegend das 2.-4. Lebens-

jahrzehnt.

Wir haben 29 Fälle zu verzeichnen, 17 Männer und 12 Frauen. Die jüngste Patientin war 5 Jahre alt, der älteste Patient 70, die überwiegende Mehrheit 20-40jährig.

ORGANISCHE KRANKHEITEN DER TALGDRÜSEN

Akne vulgaris

In der Literatur wird eine Häufigkeit in europäischen Ländern von 2,5 - 5 % aller Hautkrankheiten angegeben. (Spitzer) In den Niederlanden sogar 7 %. In Amerika steht sie an 2. Stelle der Dermatosen. Hernig fand 1927 in Kiel und Breslau ein gleich häufiges Vorkommen. In unserer Klinik macht die Akne vulgaris 0,27 % aller Hautkrankheiten aus.

Erkrankungsalter ist die Pubertät. Aber oft zieht sich die Krankheit bis Endezwanzig oder Anfang dreißig hin. Gartmann ermittelte bei 423 männlichen Kranken Altersgruppen von 12-39 Jahre. Im Durchschnitt 21,1, bei den weiblichen Erkrankten 21,4 Jahre.

Unser Patientengut umfaßt 137 Patienten, die, mit zwei Ausnahmen, zwischen 10 und 30 Jahre alt waren. 2 Patienten befanden sich sogar im 4. Lebensjahrzehnt. Bei uns war das männliche Geschlecht in der Mehrzahl.

Akne necroticans wurde bei 3 jungen Mädchen diagnostiziert. Arznei-Akne, besonders ausgelöst durch Halogene, wurde als Jodakne bei einem 48jährigen Mann ermittelt und eine Akne durch Trichlorphenol bei einem 32jährigen Mann.

ROSACEA

Diese Erkrankung tritt seltener auf als die Akne vulgaris. Sie war bei 34 Patienten der Aufnahmeanlaß. Es handelte sich um 20 Männer

und 14 Frauen im Alter zwischen 30 und 50 Jahren.

Nach Braun werden die mittleren Lebensalter befallen, die Frauen sollen überwiegen. Von 1948-1956 stellte er 563 Rosacea-Fälle zusammen, 235 Männer und 328 Frauen. Besonders Rosacea-gefährdete Berufsgruppen sind: Landwirte, Gastwirte, Metzger, Bäcker und Konditoren. Möglicherweise soll der überreichliche und besonders zusammengesetzte Nahrungsfaktor eine Rolle spielen. Die Mehrzahl unserer Patienten gehörte diesen Berufsgruppen an.

Hernig stellte 1927 in Kiel einen häufigeren Befall fest als in Breslau. Ob hier eine Beziehung zum Seeklima besteht, läßt er offen.

Rosacea erythematos a beobachteten wir bei 7 Frauen und 4 Männern, Rosacea papulosa bei 16 Patienten und außerdem 3 Fälle einer Rosacea lupulosa.

Das Rhinophym, das öfters bei Rosacea vorkommen kann, aber auch als selbstständiges Krankheitsbild, führte einen 72jährigen Mann zur stationären Aufnahme.

KRANKHEITEN DER HAARE

Alopecia areata

Dieser kreisförmige Haarausfall war schon Celsus bekannt (Area Celsi). In älteren Literaturangaben findet man, daß die Krankheit nicht vor dem 4. Lebensjahr auftritt. (Sabouraud) Riehl jun. dagegen berichtete über einen Fall bei einem 3jährigen Mädchen und Gertler sogar bei einem 2 Monate alten Säugling.

Der Haupterkrankungsgipfel liegt zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr. Von unseren 10 Fällen innerhalb der vier Jahre war der jüngste ein 2jähriges Mädchen. Der älteste Patient war im 4. Lebensjahrzehnt. Spitzer fand bei 818 Fällen in 25 % die mittleren Altersklassen befallen, Giarrochi bei 547 Erkrankten ebenfalls 25 % und Lassar 20-30 %.

Sabouraud dagegen sah davon abweichend den Häufigkeitsgipfel bei 11 Jahren liegen, mit einem deutlichen Abfall nach dem 20. Lebensjahr. Ähnlich bei Walker und Rothmann, die in den Jahren 1928-1948 230 Fälle untersuchten und bei nur 17,4 % Befall im mittleren Lebensalter fanden.

Ein Vergleich der Geschlechtsverteilung ergibt aus Breslau ein Verhältnis Männer : Frauen von 281 : 150, aus Bern 263 : 124. Aus diesen Zahlen geht hervor, daß Männer doppelt so häufig erkranken wie Frauen. Bei unseren Patienten hielten sich beide Geschlechter die Waage.

Alopecia areata totalis

Bei dieser malignen Form können nicht nur sämtliche Kopfhaare, sondern auch die Körperhaare ausfallen. Wir sahen 6 Fälle, davon 3 Männer und 3 Frauen.

Ps eudopelade Brocq

Diese seltene Krankheit wurde nur ein einziges Mal bei einer 57jährigen Frau beobachtet.

NAGELKRANKHEITEN

Onycholysis semilunaris wurde als Nebenfund bei einem 14jährigen Mädchen festgestellt, das wegen eines Naevus verrucosus stationär aufgenommen wurde.

Ein *Unguis incarnatus* führte 1968 einen 14jährigen Jungen zweimal innerhalb dieses Jahres zur Aufnahme. 1969 wurde wegen dieser Erkrankung ein 16jähriger Junge aufgenommen.

KRANKHEITEN DES GEFÄß- UND BINDEGEWEBSSYSTEMS

Acrodermatitis chronica atrophicans

Die Häufigkeit der Krankheit ist regionär verschieden. Sie kommt häufiger in Mittel- und Osteuropa vor, seltener in nordischen Ländern

und nimmt nach Westen und Süden ab.

Spitzer gibt aus der Breslauer Klinik eine Frequenz von 0,25 % an, aus der Charité in Berlin (1920-1934) bei 250 000 Untersuchten 431 Fälle = 0,14 %, aus Frankfurt in den Jahren 1950-1952 38 Fälle. Hauser verzeichnete in Würzburg in 5 Jahren 234 Fälle bei 28 067 Untersuchten = 0,83 %. In Kiel war ein Ansteigen von 0,04 % auf 0,08 % in den Jahren 1947-1957 festzustellen. Die Zunahme ist wahrscheinlich auf den Flüchtlingseinstrom aus dem Osten zurückzuführen. Unsere Klinik hat in den vier Jahren bei 6338 Untersuchten 17 Fälle = 0,27 % aufzuweisen.

Aus größeren Statistiken geht hervor, daß Frauen häufiger befallen werden als Männer. (Spitzer, Hauser). Unter den 234 Fällen der Würzburger Klinik waren 182 Frauen = 77,8 %. Gottron gab für Berlin 431 Erkrankte an, davon 315 Frauen = 73 %. Jordan untersuchte 288 Fälle in den Jahren 1909-1929 mit einer Beteiligung von 174 Frauen = 60,4 %. Jessner und Loewenstamm fanden ebenfalls das weibliche Geschlecht häufiger erkrankt. Im Gegensatz dazu stellten Herxheimer und Hartmann ein Überwiegen der Männer fest. Nach Rusch sind beide Geschlechter gleich gefährdet.

Bei unseren eigenen Fällen waren ebenfalls die Frauen mit 11 = 65 % in der Mehrzahl.

Nach Jessner und Loewenstamm ist vorwiegend das fortgeschrittene Alter befallen, nach Gottron und Hauser das 5. Lebensjahrzehnt. Der Erkrankungsgipfel lag bei unseren Patienten zwischen 30 und 50 Jahren.

Lichen sclerosus et atrophicus

Über die Einordnung dieses Krankheitsbildes war man lange Zeit im Zweifel. Die einen hielten es für eine besondere Form des Lichen ruber planus, die anderen sahen Beziehungen zu der circumscripten Sclerodermie. Erst in neuerer Zeit wird es als eigenes Krankheitsbild ange-

sehen. Bevorzugt befallen ist das weibliche Geschlecht im 5. und 6. Lebensabschnitt.

Wir hatten 2 weibliche Krankheitsfälle im Alter von 61 und 65 Jahren.

SOG. KOLLAGENOSEN

Progressive Sklerodermie

Diese Systemerkrankung des Gefäßbindegewebsapparates tritt selten auf. Sie macht kaum 0,1 % einer größeren Hautklinik aus. (Korting)

In unserer Klinik waren 50 Patienten befallen, das macht 0,12 % der Hautkrankheiten aus. Frauen werden bevorzugt befallen. Der Krankheitsbeginn liegt im mittleren Lebensalter, manchmal auch im Kindesalter.

Auch bei uns überwogen die Frauen. Erkrankungsgipfel war das 4.-6. Lebensjahrzehnt. Der jüngste Patient war 24 Jahre alt.

Zircumscripte Sklerodermie (Morphaea)

Dieses Krankheitsbild ist im Gegensatz zur progressiven Sklerodermie gutartig. Eine Geschlechtsdisposition besteht nicht. Haupterkrankungsalter der Frau ist das 3. Lebensjahrzehnt, des Mannes der 5. und 6. Lebensabschnitt.

Unser Krankengut umfaßt 11 Fälle, 5 männlichen und 6 weiblichen Geschlechts, meistens jüngeren Alters.

LUPUS ERYTHEMATODES

Der Lupus erythematodes integumentalis ist auf Haut und Mundschleimhaut beschränkt.

In der Kieler Universitätsklinik machte er 0,75 % der Hautkrankheiten aus (Spitzer), in Würzburg 0,81 % (Hauser) und in unserer Klinik 0,36 %. Frauen sind gefährdeter als Männer. Hermann, Koch und Höft untersuchten in den Jahren 1945-1959 691 Lupus erythematodes-Kranke und fanden 223 Männer und 468 Frauen erkrankt, ein Verhältnis von

1:2,09. Wagner ermittelte in Schleswig-Holstein ein Verhältnis der erkrankten Männer zu Frauen von 1:2. Rost und Kressner kamen zu dem gleichen Ergebnis.

Folgende Aufstellung von Marchionini soll die Mehrbeteiligung der Frauen verdeutlichen:

Die prozentuale Verteilung der Erythematodes-Kranken auf die beiden Geschlechter in den Hautkliniken verschiedener Klimaten (1944)

Name der Klinik	Männer	Frauen
Moskau (Olessoff)	22	78
London (MacLeod)	25	75
London (Sequeira)	17	83
Berlin (Freund)	25	75
Berlin (Jadassohn)	25	75
Hannover (Stümpke)	38	62
Münster (Stühmer)	46	54
Würzburg (Kressner)	33	67
Kannstadt (Veiel)	27	73
Freiburg i.Br. (Rost)	38	67
Wien (Ehrmann u. Falkenstein)	48	52
Zürich (Hirsch Zwi Schönwetter)	52	48
Lausanne (Croisier u. Ramel)	31	69
Zagreb (Kogoj)	40	60
Gesamtes Italien (Bergamescu u. Sibirani)	40	60
Bukarest (Sarateanu)	26	74
Ankara (Marchionini)	48	52

Nur in Zürich wurde ein Überwiegen der Männer festgestellt.

Bei unseren 23 Fällen waren ebenfalls die Frauen mit 17 in der Mehrzahl.

Über die Altersverteilung gibt die folgende Tabelle von Marchionini Aufschluß:

Alter Lebensj.	Würzburg (Zieler)	Italien (Bergamesco u. Sibirani)	Zagreb (Kogoj)	Bukarest (Sarateanu)	Ankara (Marchionini)
1-10	2	0,5	0	0	4
11-20	14	9	9,5	15	22
21-30	35	30,5	40	36	42
31-40	22	32,5	32,5	28	21
41-50	16	18	14,5	13	4
51-60	8	6	3	6	7
61-70	3	3	0,5	2	0
71-80	0	0,5	0	0	0

Aus der Tabelle ist zu ersehen, daß der Lupus erythematoses integumentalis eine Erkrankung der mittleren Lebensabschnitte ist. Pautrier gibt das 20.-40. Lebensjahr an. Dem schließen sich Olessoff in Moskau und Jadassohn in Berlin an, Freund sah in Berlin das 30. und 50. Lebensjahr befallen, Zieler in Würzburg fand in 73,8 % aller Fälle den Krankheitsbeginn zwischen dem 21. und 50. Lebensjahr, in den beiden ersten Lebensjahrzehnten nur in 15,9 %.

Unsere Kranken waren zwischen 40 und 50 Jahre alt, die jüngsten im Alter von 12 und 14 Jahren.

Lupus erythematoses visceralis ist weniger durch Haut- als durch Organmanifestation charakterisiert. Disponiert sind vor allem junge Mädchen und Frauen im 3. Lebensjahrzehnt.

Wir haben 20 Fälle aufzuweisen, darunter 3 Männer. Erkrankungsalter waren die ersten 3 Lebensjahrzehnte.

STOFFWECHSEL-UND ABLAGERUNGSKRANKHEITEN DER HAUT

Xanthomatosen

sind Hautveränderungen, die mit Erhöhung der Serumlipide und mit Lipideinlagerungen in die Haut, Sehnen und andere Organe einhergehen. 6 Xanthomatose-Fälle haben wir zu verzeichnen. Es handelte sich um 4 Männer und 2 Frauen.

Außerdem sahen wir 1966 bei einem jungen Mädchen eine A myloidose .

Myxoedema circumscriptum tuberosum

Diese seltene Erkrankung tritt bei einer Überfunktion der Schilddrüse auf und ist mit einem Exophthalmus kombiniert. Sie trifft vorwiegend Frauen im 3. und 4. Lebensjahrzehnt.

Bei unserem einzigen Fall aus dem Jahre 1966 handelt es sich allerdings um einen 57jährigen Mann mit einer Hyperthyreose.

Lichen myxoedematicus

Bei dieser ebenfalls seltenen Form wird eine Störung der Schilddrüsenfunktion nicht beobachtet. Meist sind auch hier Frauen befallen im Alter zwischen 50 und 60 Jahren.

Wir haben nur einen einzigen Fall aufzuweisen. Erkrankt war wieder ein Mann mittleren Alters.

MORBUS RECKLINGHAUSEN (Neurofibromatose)

ist eine "Fehlbildung im Sinne einer polysymptomatischen Phakomatose mit Ausgang vom Nervensystem" (Greither)

Die Krankheit befällt hauptsächlich das männliche Geschlecht. Oft sind die Symptome bei der Geburt schon vorhanden, aber nicht voll ausgebildet. Gehrt berichtet von Morbus Recklinghausen bei einem 3 1/2 Monate alten Säugling. Zu einer Auslösung oder Verschlechterung kommt es in der Pubertät, bei Infektionskrankheiten, Schwangerschaft oder Traumen.

Wir haben 8 mal dieses Krankheitsbild gesehen, bei 6 Männern und 2 Frauen. Die Patienten befanden sich im Alter zwischen 18 und 38 Jahren. Ein 70jähriger Mann kam im gleichen Jahr zweimal wegen dieser Erkrankung zur stationären Aufnahme.

HÄMOBLASTOSEN, RETIKULOSEN, RETIKULOGANULOMATOSEN

Von dieser Gruppe wurde in unserer Klinik die Reticulosarkoma-

tosis Gottron einmal beobachtet. Es handelte sich um einen 60jährigen Mann.

7 Fälle eines Retothelsarkoms waren in den vier Jahren zur stationären Aufnahme gekommen, 3 Männer und 4 Frauen.

Wegen einer *Urticaria pigmentosa* wurden 3 Patienten aufgenommen. Es handelte sich um 2 Männer im Alter von 16 und 36 Jahren und um ein 8jähriges Mädchen.

Das Krankheitsbild der *Lymphadenosis cutis benigna* wurde bei 9 Männern und 5 Frauen diagnostiziert. Hauptsächlich waren das Kindes- und die höheren Lebensalter befallen.

GRANULOMATOSEN

Granuloma eosinophilicum faciei

Es werden vornehmlich Erwachsene von dieser Krankheit betroffen. Unsere 4 stationär behandelten Patienten waren alle über 70 Jahre alt.

Lymphogranulomatose (Morbus Hodgkin)

Besonders anfällig sind die mittleren Lebensabschnitte.

Bei unseren 6, in der Hautklinik behandelten Patienten, war das 3.-6. Lebensjahrzehnt betroffen. Es handelte sich um 3 Männer und 3 Frauen.

Mycosis fungoides

Umfangreiche amerikanische und europäische Statistiken verzeichnen einen Anstieg dieser tödlich verlaufenden Krankheit um die Jahre 1924/25. (Spitzer) Eine Mainzer Statistik über die Jahre 1921-1960 von insgesamt 805 Fällen erreicht den Gipfel zwischen 1928 und 1933. (Oehme) Verschiedene deutsche Autoren sahen nach dem zweiten Weltkrieg ein erneutes Ansteigen. Bennek registrierte zwischen 1920 und 1937 in Berlin 48 Fälle von *Mycosis fungoides*, allein zwischen 1947 und 1951 schon 39 Fälle. Ähnliche Ergebnisse liegen

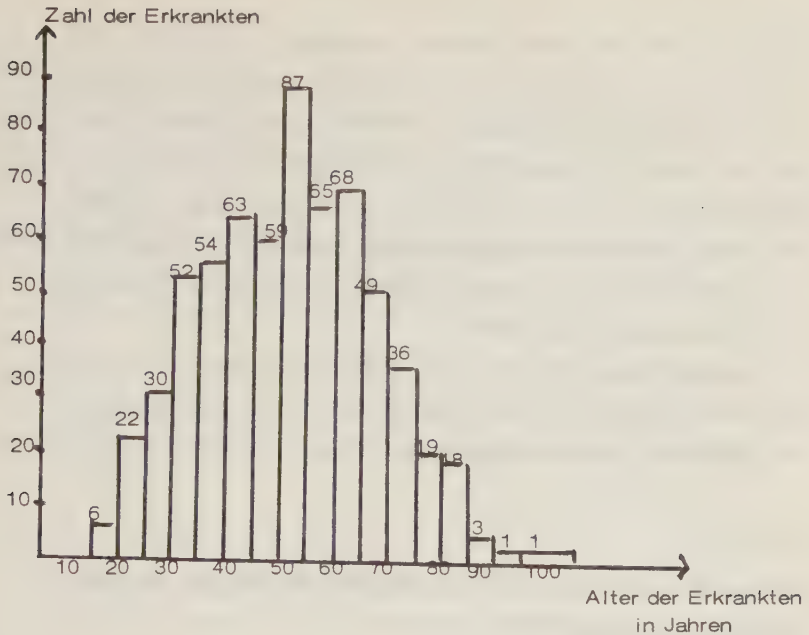
aus der Würzburger und Jenaer Klinik vor. (Aust, Stenzel) Carvalho verzeichnet zwischen 1935 und 1941 einen Anstieg auf 256 Fälle. In der oben genannten Mainzer Statistik liegen über die Kriegsjahre keine Berichte vor.

Nach Angaben in der Literatur soll in den letzten 15 Jahren aus den Kliniken Prag, Breslau, Utrecht, Heidelberg, Münster und Düsseldorf eine konstante Erkrankungsziffer von 15-20 Fällen aufgetreten sein. (Oehme) Die Mainzer Klinik weist in den Jahren 1953-1963 insgesamt 9 Fälle auf und von 1966-1969 dagegen 18 Fälle.

Über die Altersverteilung werden in der Literatur unterschiedliche Angaben gemacht. Nach älteren Aussagen soll die Mycosis fungoides ausschließlich eine Erkrankung des höheren Alters sein. (Oehme) Diese These wurde neuerdings widerlegt. Paltauf legt den Erkrankungsgipfel zwischen das 40. und 60. Lebensjahr, Wolters und Darnier zwischen das 3. und 5. Lebensjahrzehnt. Herzheimer stellte fest, daß 10 % der Kranken sogar jünger als 30 Jahre waren, 17 % waren zwischen 30 und 50 Jahre alt und 73 % über 50 Jahre. Nach Sequeira sollen alle Altersklassen gleichmäßig befallen sein.

Heite und Socha sahen einen Anstieg von kindlichen zum jugendlichen Alter und einen Abfall im höheren Lebensalter. Zwischen dem 3. und 6. Lebensjahrzehnt besteht ein Plateau mit einem leichten Anstieg. Demzufolge verteilt sich die Krankheit, abgesehen vom Jugend- und Greisenalter, auf alle Lebensalter gleichmäßig.

Eine Auswertung von 633 Literaturfällen, die mit einer Altersangabe versehen waren, kam zu einem gleichen Ergebnis, wie die folgende Aufstellung von Oehme zeigt:



Vom 16. - 30. Lebensjahr ist ein Anstieg festzustellen, nach dem 60. Lebensjahr ein Abfall. Im 3. - 6. Lebensjahrzehnt wird ein Plateau erreicht. In der Pubertät und im Greisenalter ist die Mycosis fungoides selten.

Die Altersverteilung unserer 18 Fälle ergibt ein ähnliches Bild: im 5. und 6. Lebensjahrzehnt erkranken die meisten, nämlich 11 Patienten, 4 sind zwischen 40 und 50 Jahre alt, 3 über 70 Jahre. Das jugendliche Alter ist nicht befallen.

Bei den Angaben über die Geschlechtsverteilung widersprechen sich die Autoren. Kaposi und Schönfeld sehen das weibliche Geschlecht häufiger befallen, Pellesier, Wolters, Stowes und Abraham dagegen das männliche.

Herxheimer und Martin stellten ebenfalls ein Überwiegen der Männer fest im Verhältnis von 64 % : 36 %. Nach einer Statistik von Heite und

Socha über 718 Fälle waren ebenfalls die Männer mit 564 Erkrankten in der Mehrzahl. Die beiden Autoren stellten Untersuchungen an speziell innerhalb der Altersklassen von 40–49 Jahren und fanden, daß hier die Frauen mit 44 gegenüber den Männern mit 38 Fällen in der Mehrzahl waren. Nach ihrer Ansicht bliebe zu untersuchen, ob das Überwiegen der Frauen innerhalb dieser Altersklasse auf einer erhöhten Krankheitsdisposition während des Klimakteriums beruht oder auf einer spezifischen Disposition.

Wir fanden bei unserem 18 Fällen ebenfalls die Männer mit 10 Erkrankten in der Mehrzahl. Die oben genannte Mainzer Statistik über die Jahre 1953–1963 hält einen Befall von 5 Männern und 4 Frauen fest.

NAEVI

waren nicht der Anlaß zur stationären Aufnahme, sondern wurden als Nebentbefunde festgestellt.

1. Pigmentnaevi

Streng genommen fallen unter diese Gruppe nur die Naevi spili, die histologisch allein eine Pigmentvermehrung aufweisen. Auch die Lentiginos können hier zugeordnet werden, da sie histologisch nur Hyperpigmentierung der Epidermis, aber keine Naevuszellen zeigen. Naevi spili wurden in unserer Klinik in 9 Fällen gesehen und einmal eine Lentiginosis profusa bei einem 25jährigen Mädchen.

2. Zellnaevi

Das charakteristische anatomische Substrat sind die Naevuszellen. Wir haben 39 Naevuszellnaevi stationär entfernt, in der Mehrzahl bei Frauen. 4 Patienten hatten einen Tierfellnaevus und 9 Patienten einen Naevus verrucosus.

Blaue Naevi sind seltener als gewöhnliche Pigmentnaevi. 2 Frauen mittleren Alters hatten diese Form.

3. Organnaevi

Nach Jadassohn versteht man darunter eine kongenital angelegte umschriebene Anhäufung von Hautanhangsgebilden, z.B. Talg- und Schweißdrüsen.

Naevi sebacei wurden bei 7, vorwiegend jugendlichen Patienten, entfernt. Wichtigster Vertreter der Schweißdrüsennaevi ist das Syringom. Über die Zuordnung zu den apokrinen oder ekkrinen Schweißdrüsen ist man sich nicht einig. Das Syringom ist nie bei der Geburt schon vorhanden, sondern bildet sich erst im Verlauf des 2. Lebensjahrzehnts. Wir haben ein einziges Mal bei einem 12jährigen Mädchen diese Fehlbildung beobachtet.

Morbus Pringle

Die Krankheit hat einen unregelmäßig dominanten Erbgang. Sie ist eine naevoide Systemerkrankung (Adenoma sebaceum) mit Beginn in der Kindheit.

Wir haben 5 Fälle zu verzeichnen, das weibliche Geschlecht war in der Mehrzahl und das jugendliche Alter bevorzugt.

4. Gefäßnaevi

Am häufigsten kommen die Blutgefäßnaevi vor, besonders der Naevus flammeus (Feuermal). Er ist angeboren und tritt häufig im Nacken auf. Diesen Unna-Pollitzerschen Naevus findet man bei 50 % der Neugeborenen.

Bei 7 Patienten haben wir einen Naevus flammeus festgestellt. Das Klippel-Trenaunay-Syndrom, eine naevoide Systemerkrankung oder "Phakomatose", das aus partiellem Riesenwuchs, Naevus flammeus und Varikose besteht, wurde bei 2 kleinen Jungen im Alter von 3 und 5 Jahren und bei einem 30jährigen Mann gesehen.

Hämangiome und Lymphangiome haben wir 17 mal behandelt, bei 12 Frauen und 5 Männern verschiedener Altersklassen.

CYSTEN

Hauptvertreter der Epidermoid- und Dermoidcysten sind Atherome.

Sie sind oft multipel, treten familiär gehäuft auf und werden unregelmäßig dominant vererbt. Erst in der 2. Lebenshälfte kommen sie zum Vorschein.

Wir haben bei 25 Patienten solche Atherome operativ entfernt; es handelte sich um 15 Männer und 10 Frauen.

GUTARTIGE NEUBILDUNGEN

Unter diesen Oberbegriff fallen Neubildungen epithelialen Ursprungs wie die Cylindrome oder mesenchymalen Ursprungs wie Fibrome, Lipome, Myome und Histiozytome.

Die Geschwülste werden meist ambulant entfernt. In den 4 Jahren sahen wir stationär einmal einen Spieglerschen Tumor, 9 Fibrome und 6 Histiozytome.

MALIGNE TUMOREN

Nach Howell sind die Sonnenstrahlen die Hauptursache für den Hautkrebs bei den angelsächsischen blauäugigen Nordeuropäern und anderen homozygoten Blauäugigen. Die wenigen, die dunkeläugig sind, sollen relativ immun gegen Hautkrebs sein.

Die Carcinome entstehen durch eine atypische Wucherung der Epidermis und ihrer Anhangsorgane. Man hat sie in zwei Formen geteilt auf Grund ihrer verschiedenen histologischen Struktur, aber auch ihres klinischen Bildes, Verlaufes und ihrer Prognose: das Epithelioma basocellulare (Basaliom) und das Carcinoma spinocellulare (Spinaliom)

In der Literatur findet man übereinstimmende Angaben über die Vorbedingung für die Hautkrebsentstehung. Als einen der Hauptfaktoren sieht man die Lichtstrahlen an, besonders in niedrigen geographischen Breiten. Fallende geographische Breite und Hautkrebsfrequenz gehen parallel. (Spitzer) Die unterschiedliche Lichtintensität ist besonders

für die Basaliome prädisponierend, die an belichteten Körperstellen auftreten. Sie entstehen auf gesunder Haut, die Spinaliome auf veränderter Haut. Das Keratoma senile und der Lupus vulgaris sind weitere Faktoren der Krebsentstehung.

Aus zwei geographisch verschiedenen Gebieten wurde im Jahre 1953 eine Statistik aufgestellt über den unterschiedlichen Befall von Basaliomen und Spinaliomen. Es wurden im Royal Alfred Hospital in Sidney 2750 Basaliome und 586 Spinaliome diagnostiziert, im gleichen Jahr in Hamburg-Eppendorf 91 Basaliome und 29 Spinaliome. (Wulf u. Palender) Die Basaliome machten in Sidney 50 % aller Hauterkrankungen aus, in Hamburg 1 %.

In unserer Klinik ist die Differenz nicht so groß. Wir diagnostizierten in den vier Jahren 129 Basaliome und 81 Spinaliome. Die Basaliome machten 2,2 % aller Hautkrankheiten aus. Der Anteil der Spinaliome lag bei 1,2 %.

Malignes Melanom

Nach amerikanischen Statistiken soll die weiße Rasse 2 bis 4 mal so oft an Melanom erkranken wie die Neger. (Spitzer) Bei diesen tritt es häufiger am Fuß auf, bei der weißen Rasse dagegen in 40 % am Kopf und 26 % am Fuß.

Nach einer Angabe von Thiess aus dem Jahre 1969 macht das Melanom unter den bösartigen Geschwülsten 1 % aus, unter allen malignen Hauttumoren 3 %. Delacretaz und Jaeger geben aus der Lausanner Klinik von 1946-1956 44 Melanome unter 1028 Hauttumoren an. In der Kieler Hautklinik machte es 1927 10 % aller malignen Hauttumoren aus. Wir haben von 1966-1969 95 Melanomfälle zu verzeichnen, das sind 2,2 % aller bösartigen Geschwülste.

Die *Melanosis circumscripta praeblastomatosa* Dubreuilh tritt als obligater Vorläufer des Melanoms meistens in der 2. Lebenshälfte auf und befällt bevorzugt Frauen.

Unter unseren 18 stationären Fällen waren 11 Frauen und 7 Männer. Die Mehrzahl war über 50 Jahre alt.

PRAEKANZERSEN

Es handelt sich um Dermatosen mit epithelialer Proliferation und Zellunruhe, die früher oder später karzinomatös entarten. Die Umwandlung kann obligatorisch oder fakultativ sein.

Der Morbus Bowen ist eine obligatorische Präkanzerose. Beide Geschlechter werden gleich häufig betroffen.

Unser Material umfaßt 15 Fälle, 8 Frauen und 7 Männer. Von 1966 bis 1969 ist ein Anstieg festzustellen. Während 1966 nur 1 Fall zur stationären Aufnahme kam, waren es 1968 8.

Die Leukoplakie befällt häufiger Männer als Frauen. Sie beginnt meist in den mittleren Lebensjahren. Von unseren 5 Krankheitsfällen waren 3 männlichen Geschlechts, 2 weiblichen. Alle befanden sich im 5. Lebensjahrzehnt.

Das Keratoma senile trifft beide Geschlechter gleich häufig. Sitz der Erkrankung sind lichtexponierte Hautanteile. Besonders anfällig sind daher Menschen, die über längere Zeiträume direkten Einflüssen des Sonnenlichtes ausgesetzt sind wie Landwirte, Seefleute.

In unserer Klinik kamen 28 Fälle zur stationären Aufnahme, 14 Männer und 14 Frauen.

Das Cornu cutaneum, dem meist ein Spinaliom zugrunde liegt, wurde 4 mal beobachtet, bei 3 Frauen und 1 Mann. Alle waren über 60 Jahre alt.

Das Keratoakanthom befällt ebenfalls die höheren Lebensalter. Wir haben 17 Fälle zu verzeichnen, 10 männliche und 7 weibliche. Die Mehrzahl war älter als 50 Jahre,

Die Cheilitis abrasiva praecancerosa wurde ein einziges Mal im Jahre 1967 bei einem 66jährigen Mann diagnostiziert.

Fälle von Arsenhyperkeratosen, infolge chronischer Arsenintoxikation, haben wir 21 mal stationär behandelt. Alle waren männlichen Geschlechts.

Hier wäre noch die "Landmannhaut" oder "Seemannshaut" zu nennen, welche praesenile Atrophien durch intensive Witterungseinflüsse darstellen. Solche Veränderungen werden meist als Nebentbefunde beobachtet und nicht registriert.

NICHT VENERISCHE GENITALERKRANKUNGEN

33 Patienten wurden wegen einer Phimose stationär behandelt. Aus den statistischen Bögen ging nicht hervor, ob die Phimosen angeboren oder erworben waren. Alle Lebensalter waren betroffen, vom 1. bis zum 7. Lebensjahrzehnt. Die 20-30jährigen waren in der Mehrzahl. Von 1966 bis 1969 ist ein kontinuierlicher Anstieg festzustellen.

Sieben Hydrozelefälle wurden gezählt. Bevorzugt war das 2. und 7. Lebensjahrzehnt.

An Prostatahypertrophie waren 11 Männer erkrankt. Die Mehrzahl war über 80 Jahre alt.

Eine Prostatitis wurde bei einem 29 und einem 30jährigen Mann diagnostiziert.

Eine unspezifische Epididymitis führte 22 Männer zur stationären Aufnahme. Alle Lebensalter waren vertreten unter Bevorzugung der 20 bis 40jährigen.

Eine Balanitis war bei 5 Patienten der Aufnahmeanlaß. Wegen einer Balanitis erosiva wurden 10 Patienten behandelt. Haupterkrankungsalter war der 2.-3. Lebensabschnitt. Einmal wurde eine Balanitis gangraenosa bei einem 41jährigen Mann festgestellt.

Eine Orchitis wurde ebenfalls nur ein einziges Mal bei einem 29jährigen jungen Mann diagnostiziert und die Reitersche Krankheit bei einem 24- und einem 27jährigen Mann

Vier Männer wurden wegen einer Induratio penis plastica behandelt. Sie befanden sich im 5. Lebensjahrzehnt.

Kraurosis glandis et praeputii war bei 4 Patienten der Aufnahmeanlaß. Das mittlere und höhere Lebensalter war betroffen.

Entzündungen des weiblichen Genitale waren selten. Es wurden 2 Fälle einer Vulvitis und 1 Fall einer Bartholinitis festgestellt.

FERTILITÄTSSTÖRUNGEN

Diese wurden nur zur Hodenbiopsie aufgenommen, so bei Azoospermie 1967 bei einem 26jährigen Mann, Aspermie bei 21 Männern, hauptsächlich aus dem 3. Lebensjahrzehnt und Oligo-Asthenoteratospermie in 13 Fällen bei 20-40jährigen.

Zusammenfassung

Vom 1. März 1966 bis 31. Dezember 1969 wurden in der Mainzer Universitäts-Hautklinik 4439 Patienten stationär behandelt. 2444 (55 %) der Behandelten waren Männer, 1999 (45 %) Frauen. Das Hauptkontingent der Männer stellten die 20-40jährigen, die vorwiegend an folgenden Krankheiten litten: Ekzeme, Pyodermien, Urticaria, Akne vulgaris, Geschlechtskrankheiten, nicht venerische Genitalerkrankungen. Bei den Frauen dagegen überwog das 6.-7. Lebensjahrzehnt mit arteriellen und venösen Durchblutungsstörungen und malignen Hauttumoren.

In den vier Jahren wurden 6338 Fälle registriert und 6168 Diagnosen gestellt. An erster Stelle stand die Psoriasis vulgaris, die 7,5 % aller Hautkrankheiten ausmachte, gefolgt vom vulgären Ekzem mit 5,7 % der Dermatosen. Es folgten maligne Hauttumoren mit 5 %, deren Häufigkeit von 1966 bis 1969 stetig anwuchs, Mykosen mit 5 % und arterielle und venöse Durchblutungsstörungen mit 1,6 bzw. 6 %. Von den 4439 Gesamtaufnahmen entfielen 77 % auf Neuaufnahmen, 19,2 % auf Wiederaufnahmen bei gleicher Erkrankung, der Rest auf Wiederaufnahmen aus einem anderen Grund, Verlegungen und Konsiliarfälle.

Diagnostik und Therapie bildeten die vorwiegende Veranlassung zur stationären Aufnahme.

23,2 % der Erkrankten benötigten den längsten Krankenhausaufenthalt von 29 bis 60 Tagen. Diese lange Verweildauer war bedingt durch folgende Krankheiten: arterielle und venöse Durchblutungsstörungen mit 54,5 bzw. 46,6 Tagen im Durchschnitt, Psoriasis vulgaris mit 40,7 und Sklerodermie mit 34 Tagen Krankenhausaufenthalt. Die Mehrzahl der Patienten, die länger als 30 Tage verweilten, hatten das 5. Lebensjahrzehnt überschritten. Aber auch die 20-30jährigen stellten einen nicht geringen Prozentsatz. Einfluß auf die Verweil-

dauer hatte auch die Mitgliedschaft oder Nichtmitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse. Nichtmitglieder verweilten überwiegend nicht länger als 14 Tage.

Von den 2289 konsiliarischen Untersuchungen fielen 15,1 % auf die rhino-oto-laryngologischen, 10,7 % auf internistische und 8,9 % waren ophthalmologisch, der Rest der Untersuchungen war pädiatrisch und gynäkologisch.

Die Therapie bestand zu 77 % in einer lokalen, gefolgt von einer internen und antibiotisch-chemotherapeutischen. Operation und Röntgenbestrahlung wurden vorwiegend bei malignen Hauttumoren vorgenommen. Ein Ansteigen der Hormontherapie war von 1966 bis 1969 festzustellen. Als Begleitkrankheiten wurden überwiegend der Diabetes mellitus und Lebererkrankungen registriert.

Die hauptsächlichsten Risikofaktoren waren Allergie und sonstige Unverträglichkeit, Diabetes mellitus und eine Dauermedikation, z.B. ein Antihypertonikum.

Die Zahl der Sterbefälle war mit 1 % in jedem Jahr konstant.

Literaturverzeichnis

Abraham:

Discussion d. Royal Soc. of Med.: Mycosis fungoides, Sitzung v. 4.6.1914 in Arch. klin. exp. Dermat., 119 II, 1915, 538

Arnold, H. L.:

Incidence of dermatoses in office practice in Hawaii. Arch. Derm. Syph. (Chic.) 53, 6-9 (1946)

Bereston, E. S.:

Incidence of psoriasis. Arch. Derm. Syph. (Chic.) 62, 716 (1950)

Bohnstedt, R. M.:

Erythema nodosum und Erythema exsudativum multiforme, in Bode, H. G. und Korting, G. W.: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Fischer Stuttgart 1962, 74-79

Braun, W.:

Rosacea, in Gottron, H. A. und Schönfeld, W.: Dermatologie und Venerologie III/2, Thieme 1959, 783-798

Bumgarner, F. E. und Burke, R. C.:

Pityriasis versicolor, Arch. Derm. Syph. (Chic.) 59, 192-195 (1949)

Burgers, N.:

Chronische Urticaria. Dermat. Wschr. 109, 965 (1939)

Cleveland, D. E. H.:

Lichen simplex chronicus, 170 consecutive cases encountered in private practice. Arch. Derm. Syph. (Chic.) 33, 316-326 (1936)

Danon, D.:

Constitutional factors in Acne vulgaris. Arch. Derm. 76, 172-178 (1957)

Delacrétaz, J. und Jaeger, H.:

Die Melanome, in Gottron, H. A. und Schönfeld, W.: Dermatologie und Venerologie, Thieme 1960, 591-632

Dostrowsky, A. und Sagher, F.:

Lichen planus in subtropical countries. Arch. Derm. Syph. (Chic.) 59, 308-328, (1949)

Ehring, F. und Leege, O. H.:

Alter, Geschlecht und Heilungsneigung beim chronischen Erythema-todes, Hautarzt 6, 80-82 (1955)

Engelhardt, W. und Brackertz, W.:

Allergie und Immunität bei Soorerkrankungen. Dermat. Wschr. 82, 357-364 (1926)

Fasal, P.:

Cutaneous diseases in the tropics. Arch. Derm. Syph. (Chic.) 51, 163-171 (1945)

Fleck, M.:

Urticaria, in Gottron, H.A. und Schönfeld, W.: Dermatologie und Venerologie III/1, Thieme 1959, 263-298

Forssmann, H.:

On the question of the frequency of psoriasis among the population at large. Acta derm. venereol. (Stckh.) 27, 492-496 (1946/47)

Freund, H.:

Statistische Beiträge zur Kenntnis des Lichen ruber. Dermat. Ztschr. 64, 51 (1932)

Gahan, E.:

Incidence of psoriasis among the population at large. Arch. Derm. Syph. (Chic.) 48, 305 (1943)

Gesundheitswesen, Geschlechtskrankheiten i. 2. Halbjahr 1970

Sonderdruck aus "Wirtschaft und Statistik" Heft 7/1971, 410-412

Gertler, W.:

Alopecia areata bei einem (2 Monate alten) Säugling. Zbl. Haut- u. Geschl. krankheiten 62, 455 (1939)

Greither, A.:

Morbus Recklinghausen, in Bode, H.G. und Korting, G.W.: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Fischer Stuttgart 1962, 636-646

Grüneberg, Th.:

Erythemat-squamöse Dermatosen, in Gottron, H.A. und Schönfeld, W.: Dermatologie und Venerologie II/2, Thieme 1958, 472-513

Grüneberg, Th.:

Urticaria, in Bode, H.G. und Korting, G.W.: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Fischer Stuttgart 1962, 485-492

Grutz, O.:

Die Flora der Dermatomykosen in Schleswig-Holstein, Dermat. Ztschr. 36, 254-270 (1922)

Hauser, W.:

Zur Klinik, Ätiologie und Pathogenese der Acrodermatitis chronica atrophicans. Hautarzt 6, 77-80 (1955)

Hauser, W.:

Wahrscheinliche Infektionskrankheiten der Haut, in Jadassohn Hdb. der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Ergänzungswerk IX/1A, 556-629 (1965)

Hauser, W.:

Lupus erythematoses, in Gottron, H.A. und Schönfeld, W.: Dermatologie und Venerologie II/I, Thieme 1958, 584-622

Heite, H.J. und Socha, P.:

Häufigkeitsanalytische Untersuchungen zur Symptomatik der Mycosis fungoides. Arch. Derm. Syph. (Berl.) 193, 118-142 (1951)

Hernib, H.:

Statistik der Hautkrankheiten der Breslauer Univ. Hautklinik. Inaug. Diss. Breslau 1927

Herrmann, W.P. und Steigleder, G.K.:

Scabies. Dtsch. med. Wschr. 92, 1557-1561 (u. Bilder 1544) (1967)

Herzberg, J.J.:

Vesiculöse-bullöse Erkrankungen, in Gottron, H.A. und Schönfeld, W.: Dermatologie und Venerologie II/I, Thieme 1958, 676-758

Herzberg, J.J.:

Akute Infektionskrankheiten der Haut, in Bode, H.G. und Korting, G.W.: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Fischer Stuttgart 1962, 192-249

Herzberg, J.J.:

Kritische Betrachtungen über die Pathogenese des Erythematoses, Hautarzt 1, 354-359 (1950)

Herzheimer, K. und Hartmann, K.:

Über Acrodermatitis chronica atrophicans. Arch. f. Dermat. 61, 57-76 (1902)

Herzheimer, K. und Martin, H.:

Mycosis fungoides, in Jadassohn Hdb. der Haut- und Geschlechtskrankheiten VIII/1, Springer 1929, 175-260

Hoede, K.:

Zur Frage der Erbllichkeit der Psoriasis. Hautarzt 8, 433-438 (1957)

Howell, J.B.:

The sunlight factor in aging and skin cancer. Arch. Derm. Syph. (Chic.) 82, 865-869 (1960)

Jessner, M. und Loewenstamm, A.:

Bericht über 66 Fälle von Acrodermatitis chronica atrophicans. Dermat. Wschr. 79, 1169-1177 (1929)

Kalkhoff, K. und Jarke, D.:

Mykosen der Haut, in Göttron, H.A. und Schönfeld, W.: Dermatologie und Venerologie II/II Thieme 1958, 991-1153

Kaposi:

Über Mycosis fungoides und ihre Beziehungen. Wiener med. Wschr. 1887, Nr. 19-22

Karnop:

Statistische Untersuchungen zur Therapie der Alopecien. Inaug. Diss. Mainz 1964

Kaufmann-Wolf, M.:

Über die Bestimmung pathogener Hyphomyceten unter besonderer Berücksichtigung der Berliner Pilzflora. Arch. Derm. Syph. (Chic.) 17, 619-624 (1928)

Keining, E. und Theisen, H.:

Bericht über die Bekämpfung der Hauttuberkulose in Rheinland-Pfalz im Jahre 1968. Ärzteblatt Rheinland-Pfalz, 9/22, 704-706 (1969)

Kocsard, E.:

Lichen simplex chronicus in orientals. Arch. Derm. Syph. (Chic.) 67, 521-522 (1953)

Kolb, Chr.:

Statistik über Pityriasis rosea aus dem Jahre 1920-1929 und Stellungnahme zur Ätiologie (Mchn.) Inaug. Diss. Leipzig, ref. Zbl. Haut- und Geschl. Krkh. 43, 319 (1939)

Korting, G.W.:

Sklerodermie und sklerodermieähnliche Erkrankungen, in Gottron, H.A. und Schönfeld, W.: Dermatologie und Venerologie II/2, Thieme 1958, 886-956

Krusenitz:

Statistik der Hautkrankheiten der Kieler Universitätsklinik, Inaug. Diss. Kiel 1925

Lausecker, H.:

Zur Geographie des Erythema exsudativum multiforme, Hautarzt 4, 567-568 (1953)

Lever, W.F.:

Pemphigus, Pemphigoid, Pemphigus familiaris benignus, in Jadassohn: Hdb. der Haut- und Geschlechtskrankheiten Ergänzungswerk II/2, Springer 1965, 596-700

Lewandowsky:

Über Kerion Celsi durch Mikrosporon Andonini und die in Hamburg vorkommenden Trichophytenarten überhaupt. Arch. f. Dermat. 121, 531-556 (1915)

Lonholt, S.:

Psoriasis on the Faeroe Islands. Acta derm.-venereol. (Stockh.) 34, 92, (1954)

Lutz, W.:

Kurve des Zugangs an Scabies in den letzten 4 Jahrzehnten. 36. Kongress Schweiz. Ges. f. Derm. u. Vener. 1954 (Lausanne) Dermatologica (Basel) 371, (1955)

Marchionini, A.:

Der Erythematodes in Anatolien, Arch. f. Dermat. 162, 253-288 (1949)

Miescher, G.:

Ekzem, in Jadassohn: Hdb. der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Ergänzungswerk II/1, Springer 1962, 1-112

Müller, H.:

Alopezia areata-ähnliche Herde bei Schulkindern bedingt durch Tr. gyp. Versammlung südwestdtsch. Dermatol. 22/23. 3. 1924 Ztbl. f. Haut- u. Geschlkrkh. 13, 28-34 (1924)

Nasemann, Th.:

Die Viruskrankheiten der Haut, in Jadassohn: Hdb. der Haut- und Geschlechtskrankheiten Ergänzungswerk IV/2, Springer 1961, 1-620

Oberste-Lehn, H.:

Bullöse Dermatosen, in Bode, H.G. und Korting, G.W.: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Fischer Stuttgart 1962, 411-446

Oberste-Lehn, H.:

Papulöse Hautkrankheiten, in Gottron, H.A. und Schönfeld, W.: Dermatologie und Venerologie II/2, Thieme 1958, 759-793

Odin, F.E.:

On cases of dermatitis herpetiformis Duhring without bullous eruptions. Acta derm-venereol. (Stockh.) 34, 124-132 (1954)

Orfanos, C.:

Tuberculoseder Haut, in Gottron, H.A. und Schönfeld, W.: Dermatologie und Venerologie, Thieme 1970, 262-328

Plaut, H.C.:

Beitrag zur Kenntnis der Mikroorganismen der Kopfhaut. Arch.f.Dermat. 131, 378-383 (1932)

Rein, C.R. und Snyder, B.L.:

Lichen chronicus simplex ind Orientals. Arch.Derm.Syph. (Chic.) 66, 612-617 (1952)

Riehl jur.:

Falldemonstration. Zbl.Haut- und Geschlechtskrankheiten 63, 402 (1940)

Röckl, H.:

Pyodermien, in Jadassohn: Hdb. der Haut- und Geschlechtskrankheiten Ergänzungswerk IV/2, Springer 1961, 1-620

Rusch, P.:

Beiträge zur Kenntnis der idiopathischen Hautatrophie. Arch.f.Dermat. 81 6-46 (1906)

Schaab, E. und Herrmann, F.:

Über Scabies und scabiesartige Erkrankungen in neuerer Zeit. Hautarzt 19, 397-399 (1968)

Schirren, J.M.:

Die Scabies, Hautarzt 21, 170-176 (1970)

Schneider, W. und Coppenrath, R.:

Physikalische und chemische Hautschädigungen, in Bode, H.G. und Korting, G.W.: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Fischer Stuttgart 1962, 157-178

Schnyder, U.W. und Klunker, W.:

Erbliche Verhornungsstörungen, in Jadassohn: Hdb. der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Ergänzungswerk VII, Springer 1966, 801-961

Spitzer, R.:

Zur Ätiologie und Symptomatologie der Alopecia areata. Arch.f.Dermat. 132, 268-280 (1921)

Spitzer, R.:

Geographische Verteilung der Hautkrankheiten, in Jadassohn:Hdb. der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Ergänzungswerk VIII, Springer 1967, 1-57

Stowers:

Discussion d. Royal Soc. of Med.: Mycosis fungoides, Sitzung v. 4.6.1914, Arch. klin. exp. Dermat., 119II, 1915, 538

Stuttgen, G.:

Lichen ruber und Pityriasis rubra pilaris, in Jadassohn:Hdb. der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Ergänzungswerk III/1, Springer 1963, 324-374

Stümpe, G.:

Statistisches über den Lupus erythematoses. Dermat. Wschr. 1940/II 723-726

Sutton, R.:

The incidence of psoriasis. Arch. Derm. Syph. (Chic.) 58, 740 (1948)

Syffert:

Die häufigsten Trichophytienstämme der Tübinger Gegend. Med.-naturw. schftl. Verein Tübingen, Sitzung v. 14. Nov. 1927, Klin. Wschr. Jg. 7/2 94 (1928)

Thies, W.:

Aktuelle Fragen zur Klinik und Pathogenese des malignen Melanoms, in Zschr. Haut- und Geschlechtskrankheiten, 44, 221-236 (1969)

Wagner, G.:

Über Fälle von Dermatitis herpetiformis Duhring ohne Blaseneruptionen. Acta dermat.-venereol. (Stockh.) 35, 160-163 (1955)

Wagner, G.:

Chronische Infektionskrankheiten der Haut, in Bode, H.G. und Korting, G.W.: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Fischer Stuttgart 1962, 250-307

Wagner, G.:

Sarkoidose (Morbus Besnier-Boeck-Schaumann), in Bode, H.G. und Korting, G.W.: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten I, Fischer Stuttgart 1970, 276-281

Walker, S.A. und Rothmann, S.:

Alopecia areata. A statistical study and consideration of endocrine influences. J. invest. Dermat. 14, 403-413 (1950)

Wallgren, A.:

Erythema nodosum. Umfrage Derm. Wschr. 1934, 624-637

Weber, G.:

Erythemato-squamöse Dermatosen, in Bode, H. G. und Korting, G. W.
Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Fischer Stuttgart 1962
80-102

Wulf, K. und Palmer, G.:

Zur geographischen Verteilung der Haut-Carzinome. 34. Tagung
Nordwestdtsh. Derm. Ges. 3. bis 5. Juli 1953, Derm. Wschr. 58,
1200 (1953)

Anhang

Geschl.	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 u.mehr	Summe
männl.	20	44	69	70	54	85	50	24	12	438
weibl.	18	63	57	40	54	50	61	37	12	392
Summe	38	107	126	110	108	135	121	61	24	830

Tab. 29 Alters- u. Geschlechtsverteilung der Patienten, die von März-Dez. 1966 in der Univ.-Hautklinik Mainz stationär aufgenommen wurden

Geschl.	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 u.mehr	Summe
männl.	33	65	122	108	76	98	101	43	14	660
weibl.	26	70	80	62	83	77	87	38	20	543
Summe	59	135	202	170	159	175	188	81	34	1203

Tab. 30 Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten, die 1967 in der Univ.-Hautklinik Mainz stationär aufgenommen wurden

Geschl.	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 u.mehr	Summe
männl.	17	62	119	114	90	95	105	45	12	659
weibl.	26	74	76	56	64	74	85	63	16	534
Summe	43	136	195	170	154	169	190	108	28	1193

Tab. 31 Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten, die 1968 in der Univ.-Hautklinik Mainz stationär aufgenommen wurden

Geschl.	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 u.mehr	Summe
männl.	22	77	112	105	105	77	118	54	13	683
weibl.	23	63	83	47	71	78	69	69	27	530
Summe	45	140	195	152	176	155	187	123	40	1213

Tab. 32 Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten, die 1969 in der Univ.-Hautklinik Mainz stationär aufgenommen wurden

Geschl.	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-u.mehr	Summe
männl.	92	248	422	397	325	355	384	166	51	2440
weibl.	93	270	296	205	272	279	302	207	75	1999
Summe	185	518	718	602	597	634	686	373	126	4439

Tab. 33 Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten, die von 1966 (März-Dez.) bis 1969 in der Univ.-Hautklinik stationär aufgenommen wurden

Lebenslauf

Am 5. August 1939 wurde ich als Tochter des Schmiedemeisters Johann Antweiler und dessen Ehefrau Margarete geb. Weis in Spabrücken geboren. Nach achtjährigem Besuch der Volksschule wurde ich in die Untertertia des Staatlichen Lina Hilger-Gymnasiums in Bad Kreuznach aufgenommen. Die Reifeprüfung legte ich 1962 in der Hildegardis-Schule in Bingen ab. Im gleichen Jahr begann ich mit dem Medizinstudium an der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz. Dort legte ich die naturwissenschaftliche und ärztliche Vorprüfung ab. Im Januar 1968 beendete ich mein Studium mit dem medizinischen Staatsexamen. Meine Medizinalassistentenzeit absolvierte ich in Bad Kreuznach. Dort bin ich zur Zeit als chirurgische Assistenzärztin tätig.

